

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES LIENS ENTRE LA LIPODYSTROPHIE ET L'IMAGE
CORPORELLE ET ENTRE LA LIPODYSTROPHIE ET L'INTIMITÉ ROMANTIQUE
CHEZ DES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
NADIA CAMPANELLI

SEPTEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Même si ce mémoire résulte davantage d'une démarche personnelle, jamais sa réalisation n'aurait pu avoir lieu sans l'aide et le soutien des personnes suivantes. Je vous remercie tous et toutes très sincèrement.

Avant tout, j'aimerais remercier les participants du Projet MAΨA. Votre ouverture d'esprit et la confiance que vous accordez au projet en dévoilant vos angoisses et vos joies nous permettent de partager la richesse de votre vécu et ultimement, d'aider ceux qui comme vous, vivent avec le VIH. Merci aux interviewers, qui ont réussi à établir ce lien de confiance avec les participants, les amenant ainsi à partager avec nous leur vécu et leur réalité. Merci particulièrement Joanie, Charles, Nadia et Christine, avec qui j'ai entretenu des liens privilégiés. Un merci immense à Jean Roy, le coordonnateur de l'étude, avec ton expérience de longue date, tu m'as ouvert les yeux sur une réalité que je croyais connaître et dont j'apprends encore chaque jour. Merci pour l'accueil au sein de cette équipe et pour le soutien et l'aide que tu m'as apporté tout au long de cette démarche.

Merci aux co-chercheurs de l'étude qui m'ont permis d'avoir accès aux banques de données du Projet MAΨA et autorisé à intégrer dans les questionnaires, mes propres préoccupations face à la sexualité des personnes vivant avec le VIH.

Je désire aussi remercier Mme Joanne Otis, ma directrice de maîtrise, qui m'a non seulement donné la chance de me joindre à l'équipe du Projet MAΨA, mais qui m'a aussi offert de nombreuses opportunités et m'a ouvert de nombreuses portes au plan professionnel. Merci pour la grande latitude et la confiance que tu m'as accordées. Grâce à toi, j'ai pu acquérir les connaissances et la confiance nécessaires pour entreprendre cette nouvelle carrière.

Merci à Jocelyne Thériault, la co-directrice de mon mémoire, pour son aide et son appui. Avec votre collaboration, j'ai découvert un univers intellectuel abstrait et compris qu'il m'était accessible et que je pouvais me l'approprier.

Merci au trio déjeuner ! Philippe, Geneviève et Marie-Hélène, merci pour les fous rires, pour votre écoute, votre soutien et vos judicieux conseils. Notre rencontre hebdomadaire m'a permis de découvrir en vous une source inestimable de connaissances intellectuelles et surtout ... humaines. Merci à mes parents (Nicole et Frank), qui m'ont toujours soutenus financièrement et qui m'ont encouragé à aller plus loin, à ma sœur Sandra, à ma famille et à ma belle-famille qui ont toujours su être compréhensifs face à mes études et aux contraintes que cela entraîne. Et surtout, merci à mon amour Philippe, qui a toujours été dans mes pensées et qui est resté le centre de mon univers au cours des dernières années. Sans toi, cette démarche aurait été toute autre et l'aboutissement de ce projet aurait été mille fois plus laborieux. Merci d'avoir été présent, de m'avoir encouragé, écouté et soutenu pendant tout ce temps.

Enfin, cette recherche n'aurait pu être réalisé sans le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada (no de subvention : HHP-64511).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	Xii
RÉSUMÉ.....	Xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE II	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	8
2.1 Définitions de concepts.....	8
2.1.1 Lipodystrophie	8
2.1.2 Image corporelle.....	10
2.1.3 Intimité.....	11
2.2 Lipodystrophie	12
2.2.1 Prévalence de la lipodystrophie.....	12
2.2.2 Causes de la lipodystrophie.....	13
2.2.3 Effets de la lipodystrophie chez des hommes vivant avec le VIH	14
2.3 Image corporelle	18
2.3.1 Image corporelle chez des hommes d'orientation hétérosexuelle.....	18
2.3.2 Image corporelle chez des hommes d'orientation homosexuelle.....	19
2.4 Intimité.....	20
2.4.1 Intimité chez des hommes d'orientation hétérosexuelle	21
2.4.2 Intimité chez des hommes d'orientation homosexuelle	22
2.5 Lipodystrophie, image corporelle et intimité.....	24

CHAPITRE III	
CADRE THÉORIQUE	26
3.1 Perspective développementale de l'image corporelle	26
3.2 Perspective développementale de l'intimité.....	30
3.3 Résumé des conceptions théoriques privilégiées	36
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE	38
4.1 Stratégie de recherche	38
4.2 Planification opérationnelle de la recherche	39
4.2.1 Population à l'étude.....	39
4.2.2 Stratégies de recrutement et constitution de l'échantillon.....	39
4.2.3 Déroulement de la collecte de données	43
4.2.4 Procédure de rappel.....	45
4.2.5 Calcul de la puissance statistique.....	45
4.3 Variables à l'étude	47
4.3.1 Variables dépendantes.....	47
4.3.2 Variables indépendantes et de contrôle.....	53
4.4 Analyses	56
4.5 Contrôle des biais.....	57
4.6 Considérations déontologiques	58
CHAPITRE V	
RÉSULTATS	60
5.1 Description de l'échantillon	60
5.1.1 Variables sociodémographiques et comportementales.....	60
5.1.2 Trajectoire avec le VIH et avec les ARV	61
5.1.3 Prévalence de la lipodystrophie.....	62
5.1.4 Expérience en lien avec l'intimité romantique.....	65

5.2	RÉSULTATS DES ANALYSES BIVARIÉES	66
5.2.1	Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à la lipodystrophie.....	66
5.2.2	Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à l'image corporelle	75
5.2.3	Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à l'intimité romantique.....	79
5.2.4	Analyses bivariées selon l'âge des participants	80
5.2.5	Analyses bivariées selon l'orientation sexuelle des participants.....	84
5.3	RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES	87
5.3.1	Variables associées à la lipodystrophie.....	87
5.3.2	Variables associées à l'image corporelle	88
5.3.3	Variables associées à l'intimité romantique.....	97
CHAPITRE VI		
	DISCUSSION	101
6.1	Limites de l'étude.....	101
6.2	Profil des hommes faisant de la lipodystrophie	103
6.3	Expérience de la lipodystrophie et de l'image corporelle	105
6.4	Expérience de la lipodystrophie et de l'intimité romantique	114
6.5	Implications pour la recherche	119
6.6	Retombées pour l'intervention sexologique.....	121
CONCLUSION		124
APPENDICE A		
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	125
APPENDICE B		
	LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL.....	129
RÉFÉRENCES.....		133

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 4.1 Modalités d'entrée dans la cohorte et sites de collecte des données.....	40
Figure 5.1 Prévalence des modifications corporelles associées à la lipodystrophie	63
Figure 5.2 Scores moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du WHOQoL-HIV	64
Figure 5.3 Score moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du MBSRQ-AS	65
Figure 5.4 Scores moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du PAIR- M.....	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 4.1	Qualités métrologiques des différentes échelles utilisées telles que validées par les auteurs et selon l'étude actuelle..... 46
Tableau 5.1	Profil sociodémographique et comportemental des participants..... 61
Tableau 5.2	Trajectoire avec le VIH et les traitements antirétroviraux 62
Tableau 5.3	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et les variables sociodémographiques et comportementales 68
Tableau 5.4	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et les variables liées au VIH et à la prise de traitements antirétroviraux 70
Tableau 5.5	Régression multivariée des variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux traitements sur la présence de changements corporels liés à la lipodystrophie 87
Tableau 5.6	Régression linéaire multiple des variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux traitements sur l'ampleur des changements corporels liés à la lipodystrophie 88
Tableau 5.7	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et la satisfaction face à l'image corporelle mesurée par l'échelle <i>World Health Organisation's Quality of Life Instrument for HIV</i> (WHOQoL-HIV) 72
Tableau 5.8	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et la satisfaction face à l'image corporelle mesurée par l'échelle <i>Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Additional Subscales</i> (MBSRQ-AS) 73
Tableau 5.9	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et la crainte face à l'intimité romantique mesurée par l'échelle <i>Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version</i> (PAIR-M) 74
Tableau 5.10	Associations entre WHOQoL-HIV et variables sociodémographiques et comportementales 76

Tableau 5.11	Associations entre MBSRQ-AS et variables sociodémographiques et comportementales	78
Tableau 5.12	Associations entre PAIR-M et variables sociodémographiques et comportementales	80
Tableau 5.13	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence) et l'âge des participants	81
Tableau 5.14	Associations entre WHOQoL-HIV et l'âge des participants	82
Tableau 5.15	Associations entre MBSRQ-AS et variables sociodémographiques et comportementales	83
Tableau 5.16	Associations entre PAIR-M et l'âge des participants.....	83
Tableau 5.17	Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence) et l'orientation sexuelle des participants	84
Tableau 5.18	Associations entre WHOQoL-HIV et l'âge des participants	85
Tableau 5.19	Associations entre MBSRQ-AS et l'orientation sexuelle des participants ...	86
Tableau 5.20	Associations entre PAIR-M et variables sociodémographiques et comportementales	86
Tableau 5.21	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurées par l'échelle globale du WHOQoL-HIV	89
Tableau 5.22	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurées par le facteur <i>physical appearance</i> du WHOQoL-HIV	91
Tableau 5.23	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurées par le facteur <i>body image and physical appearance of PLWHIV</i> du WHOQoL-HIV	92

Tableau 5.24	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurées par l'échelle globale du MBSRQ-AS	93
Tableau 5.25	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurées par le facteur appearance evaluation du MBSRQ-AS.....	94
Tableau 5.26	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurées par le facteurs appearance orientation du MBSRQ-AS	95
Tableau 5.27	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurées par le facteurs overweight preoccupation du MBSRQ-AS.....	96
Tableau 5.28	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique générale et sexuelle dans le contexte d'une relation romantique ou amoureuse mesurée par l'échelle globale du PAIR-M.....	98
Tableau 5.29	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique générale dans le contexte d'une relation romantique ou amoureuse mesurée par le facteur crainte de l'intimité romantique générale du PAIR-M	99
Tableau 5.30	Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique sexuelle dans le contexte d'une relation romantique ou amoureuse mesurée par le facteur crainte de l'intimité romantique sexuelle du PAIR-M	100

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	Traitements antirétroviraux
MBSRQ-AS	Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Additionnal Sub-scales
PAIR-M	Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UQAM	Université du Québec à Montréal
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WHOQoL-HIV	World Health Organisation's Quality of Life Instrument - Human Immunodeficiency Virus

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à dégager le profil des hommes vivant avec le VIH (HVVIH) faisant de la lipodystrophie (lipo), comparativement à ceux qui n'en font pas et à mettre en lien l'expérience de la lipo et l'image corporelle (IC) et l'expérience de la lipo et l'intimité romantique (IR), tout en tenant compte de l'âge et de l'orientation sexuelle.

Les données sont tirées de la cohorte MAΨA, une étude longitudinale réalisée auprès de personnes vivant avec le VIH de la région montréalaise et qui a débuté en octobre 2004. Le recrutement des participants s'est effectué à partir de onze milieux cliniques ou par l'entremise d'activités de promotion dans les médias écrits et électroniques montréalais. Les questionnaires administrés dans le cadre d'une entrevue dirigée, ont été complétés à l'un des sites cliniques ou à l'Université du Québec à Montréal. L'échantillon retenu est celui des HVVIH, prenant des traitements antirétroviraux (ARV) et ayant complété au 1^{er} mai 2006 leur première visite de suivi (n= 388).

Les analyses descriptives montrent que 63,1% des participants rapportent des changements corporels liés à la lipo. Le changement le plus mentionné est la lipo-atrophie des joues (76,7%) et le moins rapporté est l'augmentation de la circonférence du cou (6,1%). En moyenne 3,78 parties de leur corps seraient affectées par la lipo (écart-type= 2,0; étendue = 1-9). Les analyses de régression logistique suggèrent que les participants qui rapportent une plus grande ampleur de la lipo sont plus âgés, possèdent un niveau de scolarité supérieur ou égal au 5^e secondaire, ont un nombre d'années plus élevé depuis leur premier ARV et connaissent leur diagnostic de séropositivité depuis plus longtemps.

Des analyses de régression linéaire multiple en mode hiérarchique ont été réalisées pour toutes les échelles. Les résultats obtenus sur l'IC, mesurée par le WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003), indiquent que des perceptions plus positives face à l'IC sont associées : à une moins grande ampleur de la lipo, au fait de posséder un emploi et d'avoir un niveau de scolarité inférieur au 5^e secondaire. Les attitudes plus positives face à l'IC, telles que mesurées par le MBSRQ-AS (Cash, 2000) sont : un âge moindre et une orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle. Puis, une plus forte crainte de l'IR globale (générale et sexuelle) (PAIR-M, Thériault, 1998) est déterminée par : une plus grande ampleur de la lipo et le fait de ne pas occuper un emploi.

Pour des interventions plus adéquates visant l'amélioration de la qualité de vie des HVVIH faisant de la lipodystrophie, l'ensemble des intervenants devraient tenir compte de l'âge des individus, de leur orientation sexuelle et du fait qu'ils occupent ou non un emploi.

Mots clés : hommes, VIH, lipodystrophie, image corporelle, intimité romantique, orientation sexuelle, perspective développementale

INTRODUCTION

L'épidémie du VIH demeure une préoccupation majeure en santé publique. Plus encore, le VIH constitue une préoccupation importante en sexologie, compte tenu des nombreux impacts de cette infection et des maladies qu'elle entraîne, sur les sphères biologiques, affectives, psychologiques, cognitives, socioculturelles et morales de la sexualité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En effet, le fait de vivre avec le VIH influence la relation à soi, la relation avec son corps et affecte la relation à l'autre, notamment dans un contexte romantique et amoureux.

Bien que l'apparition des traitements antirétroviraux (ARV) ait modifié le rapport à la maladie chez les personnes infectées, elle a aussi entraîné d'autres problèmes causés par la toxicité et les effets secondaires de la prise de ces médicaments (Bonfanti *et al.* 2000 ; Carr *et al.*, 2000 ; Collins *et al.*, 2000). La lipodystrophie est une de ces conditions qui affecte le quotidien des PVVIH. En se basant sur plusieurs études, la lipodystrophie serait un phénomène multifactoriel, résultant en grande partie de la prise d'ARV. Les personnes dont le corps est lipodystrophié constatent habituellement des changements anormaux au plan des graisses corporelles. Ces changements se manifestent par des symptômes de lipo-atrophie périphérique, des symptômes de lipo-hypertrophie (lipo-accumulation) centrale ou une combinaison de ces symptômes (Tershakovec *et al.*, 2004).

En se basant sur différentes études psychosociales, il semble que cette condition entraîne des conséquences désastreuses sur l'image corporelle, l'estime de soi et la relation au partenaire (Collins *et al.*, 2000 ; Corless *et al.*, 2004 ; Gonod et Bungener, 1998 ; Power *et al.*, 2003). Toutefois, dans l'ensemble des études répertoriées on retrouve certaines lacunes ou certains éléments à approfondir davantage. Tout d'abord, l'ensemble des études psychosociales portant sur la lipodystrophie est de nature qualitative, ce qui ne permet pas de saisir la force des liens entre cette condition et l'image corporelle, d'une part, et l'intimité romantique,

d'autre part. En second lieu, même si dans les études portant de façon distincte sur la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique les effets de l'âge semblent examinés, lorsqu'il est question d'étudier les liens entre ces éléments, la variable âge n'est plus tenue en considération. Chez les hommes, il semble aussi que les études portant sur la lipodystrophie ne traitent pas des différences au plan de l'orientation sexuelle. Pourtant, les études qui s'attardent à l'image corporelle et à l'intimité romantique mentionnent des différences notables entre les hommes d'orientation hétérosexuelle et ceux d'orientation homosexuelle quant à ces deux éléments.

Dans le cadre de ce projet de recherche, une attention particulière sera portée sur le profil des participants faisant de la lipodystrophie comparativement à ceux qui n'en font pas. Aussi, cette étude s'attardera aux liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique, en tenant compte de l'âge et de l'orientation sexuelle de ces hommes.

À défaut d'une théorie existante explorant les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique, les concepts d'image corporelle et d'intimité romantique sont explorés indépendamment. En se basant sur les perspectives développementales de l'image corporelle et de l'intimité romantique, différents auteurs seront abordés et permettront éventuellement de mieux saisir les résultats obtenus. L'approche développementale est jugée légitime dans le contexte actuel puisqu'elle permet une meilleure compréhension de l'influence du parcours de l'individu selon l'âge et selon l'orientation sexuelle, sur le développement de l'image corporelle et de l'intimité romantique.

Tout d'abord, la problématique de cette étude sera exposée. Ensuite, un survol des connaissances empiriques sur la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique, tant chez les hommes d'orientation homosexuelle qu'hétérosexuelle sera présenté. Troisièmement, différentes conceptions théoriques développementales sur l'image corporelle et l'intimité romantique permettront de formuler les questions de recherche guidant cette étude. Par la suite, la méthodologie et le plan d'analyse de cette étude seront définis. Finalement, les résultats des analyses seront présentés, puis discutés dans les derniers chapitres.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

À la fin de l'année 2005, on estimait à 55 000 le nombre de PVVIH au Canada, ce qui représente une hausse de 16% par rapport aux 50 000 cas estimés en 2002 (Agence de santé publique du Canada, 2006). Au Québec, entre le 18 avril 2002 et le 31 décembre 2005, 3158 cas de séropositivité au VIH ont été enregistrés (anciens et nouveaux cas) (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Non seulement plus du trois quart (77%) de ces cas sont de sexe masculin, mais l'augmentation du nombre de nouveaux cas est survenue uniquement chez les hommes et représente une hausse de 10,2 % entre 2004 et 2005 (313 cas en 2004 contre 345 cas en 2005) (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Les hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HARSAH) sont les plus touchés avec 44,3% de l'ensemble des cas et 51,4% des nouveaux diagnostics (Institut national de santé publique du Québec, 2006), tandis que les utilisateurs et utilisatrices de drogue par injection (UDI) constituent la deuxième catégorie en importance avec une proportion évoluant entre 15 et 25% entre 2002 et 2005 (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

Depuis leur arrivée en 1996, les traitements antirétroviraux (ARV) ont radicalement modifié le contexte de l'épidémie. En permettant de diminuer la charge virale et d'augmenter le taux de CD4, ces ARV contribuent à l'augmentation du délai à l'apparition des infections opportunistes ainsi qu'à la diminution de la morbidité et de la mortalité chez les PVVIH (Power *et al.*, 2003 ; Collins *et al.*, 2004). Par contre, même si les ARV ont des effets positifs pour une bonne proportion des PVVIH, ils entraînent aussi diverses formes de morbidité,

principalement liées à la toxicité ou aux effets secondaires des médicaments (Bonfanti *et al.* 2000 ; Carr *et al.*, 2000 ; Collins *et al.*, 2000), notamment la lipodystrophie.

La lipodystrophie est une redistribution anormale des graisses corporelles. Elle peut se présenter sous forme d'accumulation de graisse au niveau de l'abdomen, de la poitrine, du cou ou de la présence d'une bosse de bison et elle peut aussi se présenter sous forme de perte de graisse au visage, aux bras, aux fesses et aux jambes. Selon les différentes études recensées, la prévalence de la lipodystrophie varie entre 7% et 62% (Blanch *et al.*, 2004 ; Bonfanti *et al.*, 2003 ; Galli *et al.*, 2003 ; Tien et Grunfeld, 2004). Cette grande fluctuation quant à la prévalence de la lipodystrophie s'explique en partie par l'absence d'une définition universelle quant aux critères physiques et métaboliques caractéristiques de la lipodystrophie.

De façon générale, les études révèlent que la lipodystrophie entraîne de nombreuses conséquences sur le quotidien des individus qui en sont affectés. Quoique les études traitant des impacts de la lipodystrophie au plan physique et médical soient relativement nombreuses, très peu les abordent sous les dimensions psychologiques, sociales et sexuelles (Collins *et al.*, 2004 ; Power *et al.*, 2003). Les quelques études américaines et britanniques qui traitent des dimensions psychosociales de la lipodystrophie mettent en relief ses conséquences particulièrement désastreuses sur l'image corporelle, l'estime de soi et la relation au partenaire (Collins *et al.*, 2000 ; Corless *et al.*, 2004 ; Gonod et Bungener, 1998 ; Power *et al.*, 2003). D'autre part, les études répertoriées sur ces dimensions sont uniquement de nature qualitative. La force de l'association entre la lipodystrophie et ces dimensions n'a donc pas encore été explorée.

Dans les études qui portent plus spécifiquement sur les hommes, ces dimensions psychologiques, sociales et sexuelles sont encore moins abordées, cela même si au cours de la dernière décennie, les données publiées concernant la prévalence des cas de désordres alimentaires ont permis de prendre conscience des insatisfactions liées au corps chez les garçons et chez les hommes (McCabe et Ricciardelli, 2001). D'autre part, les études recensées ne semblent pas tenir compte des réalités différentes entre les hommes d'orientation hétérosexuelle et les hommes d'orientation homosexuelle quant à la lipodystrophie. Pourtant, au plan de l'image corporelle, il semble que les hommes

d'orientation homosexuelle vivent une réalité différente de celle des hommes d'orientation hétérosexuelle. En effet, il semble que les hommes d'orientation homosexuelle vivent avec autant de pressions sociales quant à leur image corporelle que les femmes (Drummond, 2005) et qu'ils vivent avec de plus grandes insatisfactions face à leur corps que les hommes d'orientation hétérosexuelle (Morisson *et al.*, 2004). Dans le milieu gai, il semble même que le fait d'être musclé soit le reflet d'un corps en santé et représente le fait de ne pas avoir le VIH ou le sida (Drummond, 2005).

Selon Cash *et al.* (2004), l'image corporelle chez l'homme adulte est en lien avec le style d'attachement développé au cours des ans. Le style d'attachement influencerait également la capacité d'intimité au sein de la relation romantique avec un(e) partenaire. Dans ce contexte, puisque la présence de lipodystrophie semble altérer l'image corporelle, il semble légitime de questionner les liens entre la lipodystrophie et l'intimité dans une relation romantique. La seule étude répertoriée qui traite des liens entre la lipodystrophie et les relations romantiques ou amoureuses chez les hommes montre que la lipodystrophie exerce un impact sur la perception de la santé et la confiance envers le partenaire dans les relations amoureuses (Dukers *et al.*, 2001). Il y aurait, de plus, un lien entre la lipodystrophie et une diminution importante du plaisir sexuel (Dukers *et al.*, 2001). Cette étude de Dukers *et al.* (2001) a été réalisée auprès d'hommes gais uniquement. Il semble donc important de conduire une autre étude incluant cette fois-ci des hommes d'orientation hétérosexuelle et de comparer les deux échantillons d'hommes entre eux, ce que l'étude proposée vise notamment à faire.

Dans l'ensemble, les études portant sur l'image corporelle et la capacité d'intimité dans les relations romantiques ou amoureuses tiennent compte des perspectives développementales, c'est-à-dire qu'elles considèrent que ces éléments varient selon l'âge et les développements typiques à chaque période de la vie de l'individu. Dans ce contexte, l'âge des individus semble être, entre autre chose, une variable déterminante à considérer. À l'instar des études portant sur l'image corporelle et l'intimité, les résultats des études portant sur la lipodystrophie considèrent aussi l'âge comme une variable importante à considérer. Reste à savoir, dans le contexte du VIH, laquelle de ces deux variables (âge ou lipodystrophie) possède le lien le plus fort avec l'image corporelle et avec l'intimité romantique, lien qui n'a

jusqu'alors, pas été exploré. L'étude proposée s'attardera précisément à la force du lien de l'une et l'autre de ces deux variables sur l'image corporelle et l'intimité romantique.

Face à ces constats, il semble que les questions de l'image corporelle et de l'intimité romantique, affectées par la lipodystrophie, soient importantes à explorer, compte tenu de leurs impacts sur les comportements de santé (observance aux ARV, usage constant du condom) et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. En effet, nombreuses sont les études qui mentionnent qu'un regard plus négatif sur son image corporelle et une pauvre relation au partenaire constituent des éléments clés d'une faible observance aux ARV (Collins *et al.*, 2000 ; Duran *et al.*, 2001 ; Johnston Roberts et Mann, 2000 ; Power *et al.*, 2003 ; Trotta *et al.* 2003) et de la prise de risques sexuels (Dukers *et al.*, 2001), d'où l'importance de s'attarder au phénomène pour intervenir plus adéquatement. Ainsi, ces facteurs seraient pris en compte lors d'interventions visant l'amélioration de l'observance aux ARV ou la réduction de la prise de risques au plan sexuel chez les personnes qui disent faire de la lipodystrophie.

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'association entre la lipodystrophie et l'image corporelle, d'une part, et l'association entre la lipodystrophie et l'intimité romantique, d'autre part, chez des hommes vivant avec le VIH, tant hétérosexuels qu'homosexuels.

De façon plus spécifique, la présente étude poursuit les objectifs suivants :

- (1) dégager le profil des hommes faisant de la lipodystrophie, comparativement à ceux qui n'en font pas, en contrastant selon l'âge et l'orientation sexuelle ;
- (2) mettre en lien l'expérience de la lipodystrophie et l'image corporelle chez ces hommes, en tenant compte de l'âge et de l'orientation sexuelle;
- (3) mettre en lien l'expérience de la lipodystrophie et l'intimité romantique chez ces hommes, en tenant compte de l'âge et de l'orientation sexuelle.

Au plan scientifique, cette étude permettra l'avancement des connaissances sur la question des associations entre la lipodystrophie et l'image corporelle et d'autre part, entre la lipodystrophie et l'intimité romantique. En référant aux objectifs de l'Initiative fédérale de

lutte contre le VIH/sida, cette étude permettra de faire un pas vers l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH. Au plan sexologique, la pertinence de cette étude réside dans la capacité à extraire le phénomène de la lipodystrophie de la seule perspective biomédicale, à le recentrer au plan de la sexualité et ainsi permettre de renforcer l'idée de la multidisciplinarité de la sexualité humaine. Éventuellement, cette étude pourra servir au développement de projets d'interventions sexologiques de nature éducative et clinique, visant l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH faisant de la lipodystrophie. En effet, cette étude pourra servir de balise à la mise en place de groupes de discussion, de rencontres d'information et d'interventions individuelles portant sur les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et l'intimité romantique. D'ailleurs, depuis quelques années au Québec, bon nombre de regroupements sociaux de PVVIH (Groupe Lipo-Action) et de groupes de discussion (J'agis-Lipo) ont été mis sur pied afin d'offrir un soutien aux PVVIH et de promouvoir l'accès aux traitements réparateurs pour les personnes faisant de la lipodystrophie. Les données recueillies pourront donc être utilisées par ces différents regroupements afin de supporter leurs requêtes quant aux actions possibles face à la lipodystrophie. Cette étude pourra aussi servir de point d'ancrage à la sensibilisation des professionnels de la santé (médecins et personnel infirmier), des intervenants psychosociaux et des sexologues, en ce qui a trait au vécu des hommes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie. En regard de cette condition, ces acteurs pourraient être plus à l'affût des insatisfactions corporelles et des craintes face à l'intimité romantique chez ces hommes.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Afin de bien décrire les données à la base de la problématique exposée précédemment, différentes études sont présentées. Tout d'abord, les concepts centraux de cette étude sont définis. Par la suite, divers travaux recensés permettent que la situation actuelle de la lipodystrophie soit décrite. D'autres travaux permettent qu'un parallèle entre l'image corporelle chez les hommes d'orientation hétérosexuelle et chez les hommes d'orientation homosexuelle soit réalisé. De plus, les études décrites font la distinction entre l'intimité romantique chez les hommes d'orientation hétérosexuelle et chez les hommes d'orientation homosexuelle. Ce chapitre se termine par la description d'une étude servant à illustrer une partie des liens existants entre la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique.

2.1 DÉFINITIONS DE CONCEPTS

2.1.1 Lipodystrophie

Pour la plupart des auteurs, la lipodystrophie se présente sous forme de redistribution des graisses corporelles qui inclue des symptômes de lipo-atrophie périphérique, des symptômes de lipo-hypertrophie (lipo-accumulation) centrale ou une combinaison de ces symptômes (Tershakovec *et al.*, 2004). La lipo-atrophie périphérique se manifeste par une diminution de la masse adipeuse au niveau des extrémités, soit des bras, des jambes et au niveau du visage et des fessiers (Carr, 2000 ; Carr et Law, 2003 ; Collins *et al.*, 2000 ; Miller *et al.*, 2003 ; Power *et al.*, 2003 ; Tershakovec *et al.*, 2004). La lipo-hypertrophie (lipo-accumulation) quant à elle, se manifeste par l'accumulation de tissus adipeux, notamment au niveau viscéral, mais aussi au niveau dorsocervical (bosse de bison) (Carr, 2000 ; Carr et Law, 2003;

Chen *et al.*, 2002 ; Collins *et al.*, 2000 ; Miller *et al.*, 2003 ; Tershakovec *et al.*, 2004 ; Tien et Grunfeld, 2004). La lipo-hypertrophie se caractérise aussi par l'augmentation du volume de la poitrine (gynécomastie pour les hommes) et l'augmentation de la circonférence du cou (Carr, 2000 ; Carr et Law, 2003 ; Chen *et al.*, 2002 ; Collins *et al.*, 2000 ; Miller *et al.*, 2003 ; Tershakovec *et al.*, 2004 ; Tien et Grunfeld, 2004). Cette définition est celle que nous préconisons dans le cadre de la présente recherche. Pour définir la lipodystrophie, d'autres études font aussi mention d'une combinaison de signes visibles de la lipodystrophie avec des perturbations au plan métabolique, notamment la présence de diabète, de cholestérol ou de dyslipidémie (Carr, 2000 ; Carr et Law, 2003 ; Chen *et al.*, 2002 ; Collins *et al.*, 2000 ; Miller *et al.*, 2003). Compte tenu des variables étudiées dans le cadre de la Cohorte MAΨA, ces perturbations métaboliques ne peuvent être prises en considération dans le cadre de la recherche effectuée.

Il est possible de constater que les méthodes d'évaluation de la lipodystrophie varient aussi d'une étude à l'autre. Dans leur recension des écrits, Tershakovec *et al.* (2004) mentionnent que certaines études ont tenté de rendre objective l'évaluation de la lipodystrophie chez les individus. Pour y arriver, les auteurs ont tenté d'évaluer la lipodystrophie à l'aide du « dual energy X-ray absorptionmetry » (DEXA), qui est un appareil qui permet de radiographier les différentes parties du corps et surtout les masses adipeuses.

Toutefois, selon Tershakovec *et al.* (2004), la plupart des études demandent aux individus d'évaluer s'ils ont eux-mêmes remarqué la présence de changements quant à la répartition des graisses sur leur corps. Par la suite, les chercheurs évaluent, à l'aide d'un examen physique, la présence ou l'absence de signes distinctifs de redistribution de la graisse corporelle. Selon Carr *et al.* (1999), cités dans Tershakovec *et al.* (2004), il semble que malgré la nature subjective de cette évaluation, l'individu et le chercheur rapportent un degré élevé de concordance (98%) dans l'évaluation de la présence de lipodystrophie. Compte tenu de la nature psychosociale de la Cohorte MAΨA, cette dernière méthode d'évaluation semble la plus appropriée et sera donc celle qui sera utilisée, d'autant plus que l'accès au DEXA est impossible.

2.1.2 Image corporelle

Beaucoup d'auteurs ont traité de l'image corporelle et chacun possède sa propre définition du concept. Les différentes définitions de l'image corporelle qui sont présentées dans les paragraphes qui suivent visent à faire valoir la nature pluridimensionnelle de ce concept et plus particulièrement, la facette développementale qui y est associée.

Selon Pruzinski et Cash (1990), l'image corporelle est un construit multidimensionnel, déterminé socialement et qui englobe les perceptions, les pensées, les affects et les attitudes subjectives face à son corps et plus particulièrement, face à l'expérience corporelle, ce qui selon eux, influence les comportements des individus. L'image corporelle apparaît aussi comme un construit non statique et mouvant à travers les âges et les années, d'où la notion d'images corporelles (Pruzinski et Cash, 1990).

D'après Le Breton (1990), « l'image du corps, c'est la représentation que le sujet se fait de son corps; la façon dont il lui apparaît plus ou moins consciemment à travers un contexte social et culturel particularisé par son histoire personnelle » (p. 150). À l'instar de Pruzinski et Cash (1990), Le Breton traite de l'influence de l'environnement social sur la perception de son corps. En ce sens, il stipule que c'est à partir du regard de l'autre sur soi que l'individu prend conscience qu'il vieillit, que son image se modifie. Comme d'autres auteurs, Le Breton (1990) ajoute que l'image du corps n'est pas un élément objectif : elle est teintée par les valeurs de l'individu, ces dernières étant à la fois le résultat de l'environnement et de l'histoire personnelle de l'individu. En ce sens, le ressenti face au corps, qu'il soit positif ou négatif, découle à la fois des influences sociales et culturelles et de l'expérience du sujet face à la manière dont il a été éduqué, principalement face à la relation avec sa mère. Ainsi, selon Le Breton (1990), le sentiment de vieillesse est un mélange de conscience de soi et de l'appréciation de son corps d'un point de vue social et culturel. Au plan relationnel et surtout sexuel, Le Breton (1990) stipule que l'individu prend conscience qu'il vieillit lorsque le regard de l'autre, empreint de désir, cesse de se porter sur lui.

Au plan social, Lerner et Javanovic (1990) mentionnent que le corps est perçu comme une composante clé de l'individualité de la personne. Dans un premier temps, le corps reflète les

différences entre les individus. Par ailleurs, les réactions d'un individu face à l'appréciation de son propre corps, dérivent en partie : (1) de l'interprétation des réactions des autres face à son corps (Cooley, 1902; Mead, 1934, cité dans Lerner et Javanovic, 1990) et (2) des développements cognitifs et émotionnels de la personne face au corps (Lerner et Javanovic, 1990). À la fois, l'image corporelle dérive du contexte des relations sociales et du développement cognitif et émotionnel et elle contribue activement à ces deux processus (Lerner et Javanovic, 1990). En fait, ce serait la manière dont une personne pense et se sent face à son corps qui influence la nature de ses relations avec l'autre et influence ses caractéristiques psychologiques (Lerner et Javanovic, 1990).

2.1.3 Intimité

L'intimité est un concept central de l'étude. Une variété de définitions sont proposées dans les écrits scientifiques et il importe de préciser l'utilisation que nous en ferons afin d'en comprendre le sens dans le cadre de cette recherche. Ici, ce concept est défini sous un sens très large et uniquement dans le but de situer le lecteur. Par contre, nous nous attarderons davantage à ce concept dans le troisième chapitre qui présente le cadre théorique privilégié pour cette recherche.

L'intimité peut être décrite en fonction de certains termes clés, tels que la motivation à l'intimité, la capacité d'intimité et la tolérance à l'intimité. Selon McAdams (1980), la motivation à l'intimité est le reflet d'un élan vers les échanges chaleureux où l'intimité représente une fin en soi. Pour Schnarch (1991), il s'agit d'un besoin de contacts interpersonnels relié à la tolérance à l'intimité. Reis et Shaver (1988) quant à eux, présentent plutôt l'intimité comme un processus interpersonnel dans lequel l'interaction entre deux partenaires est basée sur leurs expériences et l'expression de leurs sentiments. Ces interactions se font à l'aide de la communication verbale ou non verbale et permettent d'établir une proximité qui invite à l'ouverture de soi.

Maintenant que les trois concepts centraux de l'étude ont été définis, les prochains points viseront à explorer plus en profondeur les études qui ont traité de ces concepts et qui ont approfondi les liens entre ceux-ci.

2.2 LIPODYSTROPHIE

2.2.1 Prévalence de la lipodystrophie

Dans un premier temps, on peut constater que selon les études, la prévalence de la lipodystrophie varie entre 7% et 62% (Blanch *et al.*, 2004 ; Bonfanti *et al.*, 2003 ; Galli *et al.*, 2003 ; Tien et Grunfeld, 2004). Comme mentionné précédemment, cette grande fluctuation résulte d'une absence de définition universelle quant aux critères physiques et métaboliques caractéristiques de la lipodystrophie, mais aussi de l'absence d'une mesure uniforme de la présence et de l'ampleur de cette condition chez les PVVIH. Dans les études où la lipodystrophie est auto-rapportée par les participants, la prévalence se situe davantage autour de 65% (Santos *et al.*, 2003).

En lien avec la prévalence auto-rapportée de changements corporels associés à la lipodystrophie, Santos *et al.* (2005) ont mené, auprès de 457 patients vivant avec le VIH (71,3% hommes), une étude transversale entre septembre et décembre 2001. Le but de cette étude était d'obtenir de l'information sur les caractéristiques sociodémographiques, les activités sexuelles, les aspects cliniques et psychologiques de la vie avec le VIH et les ARV. Dans cet article sont présentés les résultats relatifs à la perception auto-rapportée de changements corporels. Les participants, recrutés dans une clinique universitaire VIH de Sao Paulo au Brésil, ont répondu à un questionnaire administré par un interviewer dans le cadre d'une entrevue en face-à-face. La moyenne d'âge des participants était de 38 ans et 86,2% prenaient des ARV au moment de l'entrevue. La durée de ce traitement antirétroviral s'étendait de 1 à 109 mois avec une moyenne de 37,3 mois. Au plan des changements corporels, différentes variables ont aussi été incluses dans le questionnaire, soit le moment où le participant a perçu un changement corporel, les facteurs attribués par les participants pour expliquer ces changements, la confirmation de ces changements par un médecin et les recommandations médicales face à la présence ou l'absence auto-rapportée de cette condition par le participant. Les résultats de cette étude démontrent que près du deux tiers (64,3%) des participants ont perçu des changements sur leur corps. Parmi ceux qui ont mentionné avoir perçu des changements corporels, la moitié (49,2%) ont rapporté des changements liés à la lipo-hypertrophie centrale, plus du tiers (37,4%) ont rapporté des changements liés à la lipo-

atrophie périphérique et le sixième (13,4%) ont rapporté une combinaison de ces deux conditions. Les auteurs ont aussi fait des analyses multivariées (régression logistique) où les variables sexe, âge, scolarité, revenu, activité professionnelle, avoir une vie sexuelle active, le nombre d'années depuis le diagnostic de VIH, l'utilisation d'ARV (régime médicamenteux et durée de la thérapie), défaillance de l'observance aux traitements (sauter des doses, avoir manqué au moins une dose), avoir dévoilé son statut sérologique à sa (son) partenaire sexuel et la qualité de la relation (1) avec la (le) partenaire, (2) avec la famille et les amis et (3) avec le personnel médical en charge (évaluation allant de (1) pauvre à (4) excellente) ont été intégrées. Les variables prédisant la perception de changements corporels liés à la lipo-hypertrophie centrale sont : être de sexe féminin (R.C. ajusté : 1,84; I.C. 95% : 1,17-2,91), avoir un nombre d'années de scolarité supérieur à 11 ans (R.C. ajusté : 2,68; I.C. 95% : 1,61-4,46), ne pas être actif sexuellement (R.C. ajusté : 1,82; I.C. 95% : 1,08-3,06), prendre un inhibiteur de la protéase depuis un à dix-huit mois (R.C. ajusté : 2,41; I.C. 95% : 1,26-4,61) ou depuis 19 à 36 mois (R.C. ajusté : 2,31; I.C. 95% : 1,36-3,91). Les variables prédisant une perception de changements corporels liés à la lipo-atrophie périphérique sont : être âgé entre 30 et 45 ans inclusivement (R.C. ajusté : 2,33; I.C. 95% : 1,15-4,70), être âgé de plus de 45 ans (R.C. ajusté : 3,65; I.C. 95% : 1,64-8,14), avoir entre neuf et onze années de scolarité (R.C. ajusté : 2,10; I.C. 95% : 1,27-3,46), avoir plus de onze années de scolarité (R.C. ajusté : 3,13; I.C. 95% : 1,81-5,41), prendre de la stavudine depuis au moins 19 mois mais moins de 37 (R.C. ajusté : 1,87; I.C. 95% : 1,12-3,12), avoir manqué des doses de son traitement antirétroviral (R.C. ajusté : 1,88; I.C. 95% : 1,21-2,91), ne pas avoir une bonne ou une excellente qualité de la relation avec ses amis et sa famille (R.C. ajusté : 0,38; I.C. 95% : 0,21-0,68).

2.2.2 Causes de la lipodystrophie

La présence de lipodystrophie est attribuable à différentes causes. Presque tous les auteurs font un lien entre la lipodystrophie et la prise d'ARV (Collins *et al.* 2000 ; Corless *et al.*, 2004 ; Miller *et al.*, 2003 ; Tershakovec *et al.*, 2004). Certains vont même plus loin en mentionnant que cette condition serait provoquée par la prise d'inhibiteurs de la protéase (Bonfanti *et al.*, 2003 ; Carr, 2000 ; Miller *et al.*, 2003 ; Tershakovec *et al.*, 2004). Toutefois,

dans leur recension des écrits, Tershakovec *et al.* (2004) mentionnent que la lipodystrophie est davantage un phénomène multifactoriel et peut être provoquée par l'altération du fonctionnement immunitaire et des caractéristiques individuelles propres à chaque personne.

2.2.3 Effets de la lipodystrophie chez des hommes vivant avec le VIH

En s'appuyant sur les différentes études réalisées pour évaluer les effets de la lipodystrophie sur la qualité de vie des PVVIH, il est possible de constater que cette condition affecte les individus à différents niveaux.

Puisque Collins *et al.* (2000) et Power *et al.* (2003) constituent des auteurs majeurs en ce qui concerne les effets de la lipodystrophie, leurs études sont détaillées plus loin dans ce chapitre. Par contre, beaucoup d'auteurs se sont penchés sur les effets de la lipodystrophie et c'est pourquoi un portrait global de l'ensemble des résultats répertoriés est présenté avant ces deux études.

De façon générale, il semble qu'au plan psychologique, la lipodystrophie occasionne une érosion de l'estime de soi (Collins *et al.*, 2000 ; Power *et al.*, 2003), de la détresse psychologique (Collins *et al.*, 2000 ; Power *et al.*, 2003 ; Rabkin *et al.*, 2000), un inconfort lié au corps (Power *et al.*, 2003 ; Tate et George, 2001) et une diminution de la qualité de vie (Blanch *et al.*, 2004 ; Collins *et al.*, 2000). Plus précisément, la perte de contrôle sur les modifications liées au corps peut engendrer, pour certains, de la dépression et une démoralisation pouvant mener à des idéations suicidaires (Collins *et al.*, 2000).

Au plan physique, la lipodystrophie devient un marqueur visible du statut sérologique (Power *et al.*, 2003 ; Tate et George, 2001), au même titre que l'était auparavant le sarcome de Kaposi. Pour la plupart, les modifications corporelles engendrées par la lipodystrophie amènent les individus à se décrire comme étant «grotesques», «déformés» et «endommagés» (Collins *et al.*, 2000). De plus, chez les personnes pour qui il y a émaciation du visage, on constate que l'augmentation des préoccupations liées aux changements corporels induit une perception de vieillissement prématuré (Power *et al.*, 2003).

Au plan comportemental, certains auteurs suggèrent que l'observance aux ARV semble elle aussi, être influencée par la peur des effets secondaires, notamment la lipodystrophie (Collins *et al.*, 2000 ; Gonod et Bungener, 1998 ; Power *et al.*, 2003). En effet, pour les personnes qui prennent des ARV, il semble que l'observance soit particulièrement difficile compte tenu des répercussions souvent négatives sur la masse corporelle (Johnston et Mann, 2000). Cette crainte pousse même certains individus à retarder ou à cesser complètement la prise de leur ARV (Collins *et al.*, 2000), de peur que leur corps ne subisse ces transformations.

Pour mieux illustrer les impacts de la lipodystrophie présentés ci-haut, deux études qualitatives qui ont tenté d'approfondir les impacts psychosociaux de cette condition seront présentées plus en détails. La première, réalisée par Power *et al.* (2003) auprès de 14 personnes (12 hommes et 2 femmes), avait pour objectif principal de décrire des implications psychosociales dans le mode de vie des PVVIH prenant des ARV et faisant de la lipodystrophie. L'âge moyen des participants de cette étude est de 42 ans (28 à 61 ans). Le nombre moyen d'années depuis le diagnostic de séropositivité est de 10,8 ans, alors que le nombre moyen d'années depuis le premier ARV est de 4,3. Huit participants ont un partenaire régulier. Les signes propres à la lipodystrophie les plus souvent rapportés par les participants sont : lipo-atrophie faciale (12/14); perte de graisse au niveau des bras (10/14), au niveau des jambes (10/14), au niveau des fessiers (10/14) ; accumulation de tissus adipeux au niveau du cou (2/14) et au niveau de l'abdomen (5/14). Selon cette étude, la lipodystrophie accentuerait l'attention accordée au corps, occasionnerait des effets psychologiques délétères et deviendrait un indicateur du statut de séropositivité. Sur le plan social, les individus présentant cette condition auraient tendance à éprouver des problèmes dans les relations avec autrui et à réduire leur univers social ou bien à s'en isoler complètement. Power *et al.* (2003) ajoutent même que, dans les lieux de socialisation gais, la lipodystrophie est perçue comme un marqueur visible du VIH et induit un dévoilement forcé de sa séropositivité par le corps, ce qui constitue une barrière face à la possibilité d'avoir une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel. Dans le cadre de notre recherche, cette étude est particulièrement importante, car il s'agit d'une des seules répertoriées qui présente les impacts de la lipodystrophie aux plans psychologique, social et sexuel. En ce sens, son apport au plan des connaissances est majeur. Toutefois, compte tenu de la nature qualitative de l'étude de Power

et al. (2003), la force des liens entre les différents résultats ne peut être établie, lacune que notre étude permettra sans doute de combler.

La seconde étude, aussi de nature qualitative, a été réalisée auprès de 14 femmes hétérosexuelles et 19 hommes homosexuels, dont l'âge varie entre 29 et 56 ans (Collins *et al.*, 2000). L'objectif de cette étude est d'évaluer les impacts psychosociaux de la lipodystrophie sur la qualité de vie des PVVIH. Les thèmes dominants du discours des participants peuvent être regroupés sous cinq dimensions.

La première dimension est d'ordre psychologique et traite de la pauvre image corporelle des personnes qui rapportent des signes de lipodystrophie, certains allant même jusqu'à qualifier leur corps de grotesque et de déformé. Les participants mentionnent aussi une érosion de l'estime de soi qui amène des difficultés face à l'ajustement avec le VIH, difficultés qu'ils n'avaient pas identifiées avant qu'ils constatent des changements corporels liés à cette condition. Les participants évoquent aussi une perte de contrôle sur les changements de leur corps, ce qui engendre des sentiments de démoralisation et de dépression.

Au plan social, les participants qui font de la lipodystrophie tendent à restreindre leur univers, allant même jusqu'à l'isolement total, de peur du jugement des autres face au corps lipodystrophié. De plus, tous les participants rapportent que la lipodystrophie crée beaucoup d'anxiété face à la divulgation du statut sérologique. Selon eux, cette condition est de plus en plus connue des personnes qui vivent avec le VIH et de la population en général, ce qui entraîne une divulgation non volontaire du statut sérologique. En d'autres mots, ils ont l'impression que cette condition trahit leur statut sérologique.

Les relations sexuelles des participants paraissent affectées par le sentiment général de ne pas se sentir désirables sexuellement. La peur que leur partenaire ne les trouve éventuellement plus attirants physiquement est aussi source d'inquiétudes (Collins *et al.*, 2000).

Au plan économique, l'impact réside principalement dans les dépenses encourues par les chirurgies esthétiques qui permettent de camoufler les modifications corporelles. En fait,

même si ces interventions semblent utiles et efficaces, surtout au niveau du visage, les auteurs mentionnent qu'elles sont souvent extrêmes et désespérées.

L'analyse du discours des participants révèle qu'au plan médical, les médecins ont tendance à minimiser l'ampleur de cette problématique sur le vécu des PVVIH. Les participants notent même que la peur de présenter des changements corporels liés à la lipodystrophie pousse certaines PVVIH à retarder ou à cesser complètement leurs ARV.

Contrairement aux autres études recensées, les résultats obtenus par Collins *et al.* (2000) démontrent aussi que certains participants voient la lipodystrophie comme un effet secondaire bénéfique de la prise de ARV. En effet, il semble que la perte de poids associée à la lipodystrophie redéfinit la silhouette et participe à une meilleure image corporelle et une meilleure estime de soi. Pour les auteurs, la richesse des résultats de cette étude exploratoire devrait servir de fondements pour l'élaboration d'une étude quantitative qui permettrait de mettre en lien les différents résultats et d'explorer si ces derniers varient en fonction de l'âge, du sexe, de la prise de ARV et de la sévérité de la maladie. C'est précisément à ce niveau que notre étude intervient.

Très peu de travaux se sont attardés aux impacts de la lipodystrophie au plan psychologique, social et sexuel. Ces deux études (Collins *et al.*, 2000 ; Power *et al.*, 2003) présentent donc des résultats très intéressants compte tenu qu'aucune autre étude ne s'est penchée de façon si détaillée sur ces dimensions. Toutefois, ces études sont essentiellement qualitatives, ce qui ne permet pas une généralisation des résultats. En effet, ces études exploratoires permettent d'établir des pistes quant à ce qui est vécu par les personnes faisant de la lipodystrophie, mais ne permettent pas de vérifier l'importance accordée aux impacts de la lipodystrophie à plus grande échelle. Par ailleurs, ces études ne sont pas en mesure de nuancer les résultats en fonction de l'âge et de l'orientation sexuelle des participants, éléments qui, se sont montrés significatifs dans le cadre de nombreuses études.

Dans les sections suivantes, les études présentées décriront l'image corporelle chez les hommes d'orientation hétérosexuelle et chez les hommes d'orientation homosexuelle. Les

apports et les lacunes de ces études seront aussi soulignés, ce qui permettra de faire valoir le caractère unique de la présente étude.

2.3 IMAGE CORPORELLE

2.3.1 Image corporelle chez des hommes d'orientation hétérosexuelle

Traditionnellement, les insatisfactions face à l'image corporelle semblaient être une préoccupation typiquement féminine. Or, certaines tendances culturelles et sociétales suggèrent que les insatisfactions liées au corps affectent aussi les hommes (McKay Parks, 1997). Pour McCabe et Ricciardelli (2001), il semble que la prévalence des cas de désordres alimentaires chez les garçons et chez les hommes ait permis de prendre conscience que ceux-ci peuvent, tout comme les femmes, vivre des insatisfactions par rapport à leur corps. Par ailleurs, certaines études récentes rapportent une augmentation des préoccupations liées au poids chez des adolescents de sexe masculin (Smolak, 2004). Ces insatisfactions chez les garçons, les adolescents et les hommes sont le résultat des différentes valeurs promues par la culture et la société occidentale en ce qui concerne le corps masculin idéal.

À travers les différentes époques, les caractéristiques valorisées se modifient, mais il n'en demeure pas moins qu'elles influencent directement les comportements des personnes de sexe masculin. En effet, à l'époque de la Grèce Antique, il y avait une valorisation du corps masculin comme étant musclé et puissant (Pope *et al.*, 2000), alors qu'au Moyen Âge, l'accent était majoritairement mis sur l'utilisation de vêtements visant le dévoilement des organes génitaux (Bordo, 1999). Dans la société occidentale contemporaine, les caractéristiques propres à un corps masculin attirant se précisent et font généralement référence à un corps en santé (Martini, 2001).

Toujours chez les hommes hétérosexuels, les études tendent à démontrer que la norme socioculturelle se caractérise par la valorisation d'un corps masculin sculpté en « V », la grandeur ainsi que la musculature (Pope *et al.*, 1998). Cette grande importance accordée à la musculature semble accentuée à la fois par l'avènement des stéroïdes (Pope *et al.*, 1998), par l'association entre musculature et masculinité (Mishkind *et al.*, 1986, cité dans McCabe et

Ricciardelli (2004) et par le sentiment de vulnérabilité et d'anxiété généré par l'incapacité d'avoir un corps qui reflète la force et le pouvoir (Gillett et White, 1992, cité dans McCabe et Ricciardelli, 2004). Cette valorisation des muscles engendre, chez les hommes, des comportements et des attitudes qui influencent l'emploi de stratégies, telles que l'utilisation de stéroïdes anabolisants, pour modifier leur apparence physique. De plus, cette valorisation agit directement sur le développement sexuel des hommes, sur la relation à soi et sur la relation à l'autre

2.3.2 Image corporelle chez des hommes d'orientation homosexuelle

Chez les hommes d'orientation homosexuelle, les études sur l'image corporelle présentent une réalité qui s'apparente davantage à celle des femmes et mettent davantage l'accent sur les notions de masculinité et de maladie, plutôt que sur les comportements adoptés pour faire valoir sa masculinité.

Dans leur méta-analyse, Morrison *et al.* (2004) mentionnent que la majorité des travaux empiriques semblent indiquer que les hommes d'orientation homosexuelle et les femmes d'orientation hétérosexuelle accordent une plus grande importance à leur image corporelle, sont moins précis dans l'estimation de leur poids et semblent plus portés à souffrir de troubles alimentaires que les hommes d'orientation hétérosexuelle et les femmes d'orientation homosexuelle (Brand, Rothblum, et Solomon, 1992 ; Ficher et Dasder, 1990 ; Muth et Cash, 1997 ; Schneider et Agras, 1987, cité dans Morrison *et al.*, 2004). Il semblerait aussi que les hommes gais vivaient avec autant de pressions sociales que les femmes au plan de leur image corporelle (Drummond, 2005). Morrison *et al.* (2004) ajoutent qu'ils vivaient avec de plus grandes insatisfactions face à leur corps et, par la même occasion, accorderaient une plus grande importance à leur apparence physique que les hommes d'orientation hétérosexuelle.

Selon une étude qualitative menée par Drummond (2005) auprès de 14 hommes d'orientation homosexuelle âgés de 18 à 25 ans, la musculature occupe une place prépondérante et représente par le fait même, la puissance, le pouvoir et la dominance, signes indéniables d'une masculinité affirmée. Selon cette optique, le fait de paraître masculin renforce le besoin de « ne pas avoir l'air gai », « ne pas être maniéré » (Drummond, 2005), afin de briser les

stéréotypes concernant les hommes gais. Comme pour les hommes d'orientation hétérosexuelle, la présence de muscles est importante car elle représente la santé, la vitalité (Drummond, 2005). Puisque le sida a longtemps été associé aux hommes d'orientation homosexuelle et que certains émettent toujours cette association, avoir l'air en santé devient un élément primordial en lien avec la possibilité d'une rencontre érotique ou amoureuse future. À cet effet, avoir un corps musclé représente donc, dans le milieu gai, le fait de ne pas avoir le VIH ou le sida (Drummond, 2005). Au plan des connaissances, l'étude de Drummond (2005) permet de mieux saisir l'importance accordée à l'image corporelle chez une population homosexuelle. Toutefois, le petit échantillon restreint la portée et la possibilité de généralisation des résultats. Par ailleurs, l'image corporelle est évaluée de façon globale et n'est pas spécifique aux personnes qui vivent avec le VIH et qui font de la lipodystrophie. Enfin, l'étude ne porte que sur de jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). En ce sens, les auteurs ne différencient aucunement les individus en fonction de leur âge. Au plan de l'image corporelle, notre étude s'inscrit dans la lignée de l'étude de Drummond (2005). En ce sens, elle permettra la comparaison entre les hommes d'orientation homosexuelle et ceux d'orientation hétérosexuelle afin de déterminer si l'image corporelle varie selon l'orientation sexuelle. Notre étude permettra aussi une analyse selon l'âge des individus, suivant une perspective développementale.

Ces études permettent de situer l'état actuel des connaissances concernant l'image corporelle chez les hommes d'orientation hétérosexuelle et homosexuelle. Comme soulevé précédemment, certaines lacunes restent à combler, notamment en ce qui concerne la comparaison entre des hommes d'orientation hétérosexuelle et des hommes d'orientation homosexuelle au plan de l'image corporelle, en tenant compte de la présence de lipodystrophie et de l'âge des individus.

2.4 INTIMITÉ

Dans les prochaines sections, des études portant sur l'intimité romantique chez des hommes d'orientation hétérosexuelle et homosexuelle seront décrites afin de présenter l'état des connaissances face à ce concept auprès de ces populations.

2.4.1 Intimité chez des hommes d'orientation hétérosexuelle

Dans leur étude, Cash *et al.* (2004) ont voulu approfondir la compréhension des liens entre l'image corporelle, l'inconfort interpersonnel et les styles d'attachement chez l'adulte, auprès d'une population universitaire d'hommes et de femmes des États-Unis. En échange de crédits pour un cours de psychologie, 103 hommes et 125 femmes ont répondu à un questionnaire auto-administré. La majorité des participant(e)s étaient d'origine caucasienne (58%), plus du tiers (35%) étaient en relation stable et 30% étaient célibataires. Parmi les échelles utilisées, mentionnons (1) une version écourtée du *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (Brown, Cash et Mikulka, 1990 ; Cash, 2004), qui étudie certaines facettes de l'image corporelle reliées à l'apparence corporelle; (2) le *Fear-of-Intimacy Scale* (FIS) (Descutner et Thelen, 1991), qui évalue le niveau de confort/inconfort face à l'intimité émotionnelle dans les relations romantiques et (3) le *Relationship Styles Questionnaire* (RSQ) (Griffin et Bartholomew, 1994), qui mesure l'attachement adulte en général, basé sur le modèle des quatre catégories d'attachement selon Bartholomew et Horowitz (1991) (préoccupé, apeuré, évitant, sécure). Les résultats de cette étude démontrent que pour les deux sexes, un attachement de type sécure était significativement associé à une meilleure satisfaction à l'égard de l'image corporelle et à un investissement dysfonctionnel moindre dans son apparence physique. De plus, pour les hommes, il semble qu'une moins grande satisfaction face à son corps soit aussi associée à un attachement de style apeuré ($r = -0,48$; $p < 0.001$) et à un attachement de style préoccupé au sein des relations romantiques ($r = -0,43$; $p < 0.001$). Ceci dit, il semble que pour les hommes, l'image corporelle soit en lien avec le style d'attachement tant en tant qu'adulte qu'au sein de la relation romantique avec un(e) partenaire. Compte tenu des différences observées dans d'autres travaux entre les hommes d'orientation hétérosexuelle et homosexuelle au plan de l'image corporelle, il aurait été souhaitable que l'étude de Cash *et al.* (2004) établisse une comparaison en fonction de l'orientation sexuelle. Pour pallier cette limite, l'étude proposée vise à nuancer les résultats en fonction de l'orientation sexuelle des participants.

Missildine *et al.* (2006) ont fait une analyse du discours de dix-huit hommes hétérosexuels, séropositifs et utilisateurs de drogues par injection (UDI). L'objectif de cette étude était de comprendre comment les hommes séropositifs négocient les problèmes reliés à la

masculinité, à la sexualité et à l'intimité émotionnelle. L'âge moyen des participants est de 40,9 ans ($\pm 7,3$ ans) et plus de la moitié des personnes de l'échantillon sont d'origine culturelle autre que caucasienne. De l'analyse du discours de ces participants, cinq thèmes principaux illustrant la dynamique des expériences individuelles ont émergé : (1) la stigmatisation, (2) la peur du rejet, (3) la validation de la masculinité, (4) la dichotomie entre les partenaires sexuels et émotionnels et (5) l'intégration de l'intimité émotionnelle et sexuelle. Selon cette étude, la dichotomie entre les partenaires sexuelles et celles pour qui les hommes éprouvent des émotions plus profondes sert à se protéger de l'anxiété d'être rejetés et du poids émotionnel d'une potentielle relation intime (Missildine *et al.*, 2006). Malgré la présence de cette dichotomie pour l'ensemble des répondants hétérosexuels, il semble qu'elle soit exacerbée par le VIH et surtout, par le désir exacerbé de protéger les personnes qui sont importantes pour eux (Missildine *et al.*, 2006). Un seul homme de l'échantillon a mentionné l'intégration des aspects émotionnels et sexuels d'une relation intime avec une partenaire, suite au diagnostic de sa séropositivité au VIH. Bien que les résultats de cette étude suggèrent que les hommes d'orientation hétérosexuelle vivant avec le VIH et utilisateurs de drogue par injection privilégient les partenaires sexuelles occasionnelles car elles impliquent un niveau moins élevé d'intimité, les auteurs suggèrent que c'est pour protéger leur partenaire du VIH et non pas parce qu'ils ont peur de l'intimité (Missildine *et al.*, 2006). En ce sens, le seul homme qui réussit à intégrer l'intimité émotionnelle à l'intimité sexuelle, semble moins affecté par la stigmatisation associée au VIH (Missildine *et al.*, 2006).

Les hommes UDI faisant partie de l'échantillon de notre étude et compte tenu des résultats obtenus par Missildine *et al.* (2006), il semble approprié de mettre en relief les résultats quant à l'intimité selon le fait que les hommes s'injectent ou non des drogues. L'étude proposée permettra possiblement de mieux comprendre la relation entre l'image corporelle et l'intimité auprès de cette clientèle spécifique.

2.4.2 Intimité chez des hommes d'orientation homosexuelle

Avant toute chose, il semble primordial de mentionner que les études portant sur l'intimité chez les hommes d'orientation homosexuelle sont rarissimes et que l'étude présentée est la seule qui a pu être répertoriée.

En Hollande, Deenan *et al.* (1994) ont réalisé une étude qualitative auprès de 156 couples formés d'hommes d'orientation homosexuelle, âgés entre 20 et 27 ans (Deenen *et al.*, 1994). Dans cette étude, l'instrument de mesure est composé de plusieurs items tirés des échelles suivantes : (1) *Emotional Intimacy* de Parelman (1983); (2) *Physical Intimacy* de Vennix (1983); (3) *Verbal Intimacy* de Buunk et Bosman (1980); (4) *Shared Activities* de Deenen (1986) et Schreurs (1990); (5) *Sexual Experiences* de Vennix (1983); (6) *Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction* de Buunk (1990), Buunk et Bosman (1980). Il est aussi composé d'items relatifs aux relations sexuelles hors couple. Les résultats de cette étude font mention de la présence d'un lien significatif entre la satisfaction face à la relation de couple, la satisfaction sexuelle, les expériences émotionnelles intimes et les expériences sexuelles intimes des individus. En tenant compte de la durée de la relation de couple, il semble que les hommes qui sont dans une relation de plus courte durée soient significativement plus satisfaits sexuellement que ceux qui sont dans une relation de plus longue durée (1^{ère} année : moyenne = 6,1/7; 20 ans et plus : moyenne = 5,0/7; $p=0,01$). Enfin, dans un modèle visant à prédire la satisfaction face à la relation de couple, il semble que la seule variable significative soit l'intimité émotionnelle, cela même en contrôlant pour la durée de la relation de couple.

Les résultats de cette étude montrent que la place accordée à l'intimité dans le couple homosexuel influence directement la satisfaction face à la relation de couple. Ceci étant dit, l'étude de Deenan *et al.* (1994) a été réalisée en 1994 et l'étude proposée permettra d'actualiser les résultats dans un contexte culturel différent et de vérifier si les résultats s'appliquent encore dans un contexte où le VIH et les ARV ont radicalement modifié les relations interpersonnelles entre hommes d'orientation homosexuelle.

Dans les sections précédentes, différentes études portant sur l'intimité et l'image corporelle des hommes d'orientation sexuelle hétérosexuelle et homosexuelle ont été présentées. Quoique les études aient permis de faire avancer l'état des connaissances sur la réalité de ces hommes, seulement quelques unes se sont attardées aux hommes vivant avec le VIH et aucune, à notre connaissance, n'a permis de comparer les hommes hétérosexuels et homosexuels entre eux.

2.5 LIPODYSTROPHIE, IMAGE CORPORELLE ET INTIMITÉ

Cette dernière section présente les liens entre la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique chez des hommes vivant avec le VIH. L'étude de ces liens permettra éventuellement de mieux saisir les résultats obtenus au cours de la présente étude et ainsi pouvoir en faire ressortir les apports et les limites.

De façon générale, il semble que l'image corporelle des personnes vivant avec le VIH et avec la lipodystrophie soit plutôt négative (Collins *et al.*, 2000 ; Gonod et Bungener, 1998; Power *et al.*, 2003). Dukers *et al.* (2001) semblent être les seuls à s'être intéressés à l'impact de la lipodystrophie sur l'image corporelle et l'intimité romantique auprès d'hommes d'orientation homosexuelle plus spécifiquement. Dans cette étude menée auprès de 141 hommes séropositifs d'orientation homosexuelle ayant complété un questionnaire auto-administré, 117 participants rapportent être sous ARV et parmi ceux-ci, 50,4% disent faire de la lipodystrophie. Parmi les participants disant faire de la lipodystrophie, l'âge moyen est de 45,4 ans. Ils sont infectés par le VIH depuis environ 10,6 ans et ont débuté leur premier ARV en moyenne il y a 2,9 ans. Les participants qui font de la lipodystrophie rapportent une diminution drastique de leurs activités sexuelles depuis qu'ils vivent avec cette condition. Ces mêmes participants rapportent aussi, de manière importante, avoir moins de plaisir sexuel, se sentir moins bien physiquement et être moins confiants au sein de leur relation de couple.

Dans le cadre de notre étude, il semble que ces résultats viennent appuyer la nécessité de faire une évaluation des liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique chez les hommes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie. En effet, d'après les résultats obtenus dans les différentes études, l'image corporelle négative des personnes faisant de la lipodystrophie pourrait influencer négativement la relation de couple et la vie sexuelle des participants.

À la lumière des résultats présentés, il semble que les liens entre la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité restent encore à explorer. Les études qui se sont attardées aux liens entre ces concepts démontrent quelques failles auxquelles nous tenterons de remédier. Par ailleurs, les recherches qui portent sur la lipodystrophie sont principalement qualitatives et

bien qu'elles permettent une meilleure compréhension de ce phénomène, elles présentent des limites relatives à la portée et à la généralisation des résultats. Quant aux études qui traitent de l'image corporelle et de l'intimité romantique auprès d'hommes séropositifs, il semble qu'elles ne considèrent nullement les effets de l'âge et de l'orientation sexuelle, alors qu'il est démontré que ces deux facteurs peuvent influencer les résultats. L'étude actuelle permettra donc de mettre en relation la lipodystrophie et l'image corporelle ainsi que la lipodystrophie et l'intimité romantique, cela en tenant compte de certaines caractéristiques sociodémographiques importantes à considérer.

CHAPITRE III

CADRE THÉORIQUE

La présente section décrit brièvement les courants théoriques à la base des questions de recherche et des analyses proposées. À défaut d'une théorie existante explorant les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle, d'une part, et l'intimité romantique d'autre part ou toute autre variable interpersonnelle et personnelle, les concepts d'image corporelle et d'intimité romantique seront explorés indépendamment. Dans un premier temps, la perspective développementale de l'image corporelle est présentée. Par la suite, l'intimité sera présentée et différentes théories, également de type développemental, seront exposées. Un tel contexte théorique permettra de mieux saisir l'influence de l'âge, du vieillissement et de l'orientation sexuelle sur l'image corporelle et sur l'intimité romantique.

3.1 PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE DE L'IMAGE CORPORELLE

Selon Cash (1990), la psychologie de l'apparence physique est divisée en deux perspectives : (1) la vision de l'extérieur, l'image sociale du corps et (2) la vision intrinsèque, qui renvoie à l'image que l'individu se fait de son propre corps. Selon cette perspective, l'image sociale fait en sorte que l'être humain maintient certaines conceptions et attitudes, même inconscientes, qui scindent les autres personnes en différentes catégories, différents prototypes. Ces conceptions ont tendance à moduler le rapport à l'autre en termes hostiles ou apathiques. À l'adolescence, la relation romantique est influencée par l'apparence physique (Cash, 1990). Selon Sprecher, (1989, cité dans Cash, 1990), lors de la relation romantique initiale, même si les adolescents des deux sexes sont également affectés par l'apparence de l'autre, les garçons surpassent les filles quant au degré auquel ils croient avoir été affectés par l'apparence

physique de l'autre. Selon Reiss et coll. (1982; cité dans Cash, 1990), le fait d'être attirant physiquement prédit une meilleure intimité et une plus grande satisfaction face aux interactions hétérosexuelles. Pour Cash (1990), il semblerait tout de même que les personnes moins attirantes vivent des relations romantiques avec des personnes qui sont similaires quant au niveau de l'attraction physique.

La vision intrinsèque de l'image corporelle renvoie, pour sa part, davantage aux attitudes face à son corps et aux comportements individuels qui visent éventuellement à le modifier, à améliorer son apparence physique, sa mise en forme et son état de santé (Cash, 1990).

Bien que l'influence de Schilder (1970) au plan de l'image corporelle soit essentiellement psychanalytique, son apport réside dans sa perception fluide de l'image corporelle. Dans un premier temps, Schilder (1970) mentionne que deux facteurs jouent un rôle central dans la construction de l'image corporelle. Le premier facteur est la sensation de douleur ou toute sensation qui amplifie l'importance accordée à certaines parties du corps. Par extension, la douleur permet à l'individu de prendre conscience de la partie du corps affectée et de l'intégrer au reste de son corps, donc à sa personnalité. Le second facteur concerne le contrôle moteur sur les membres, c'est-à-dire la connaissance du corps à partir d'expériences vécues lorsque le corps est en mouvement. Puisque c'est à partir du contrôle moteur de nos membres que le corps se transforme et se modifie et puisque les expériences liées au corps en mouvement changent constamment, le développement de l'image corporelle est un processus actif et qui se modifie constamment.

À travers l'âge adulte, de nombreux changements physiques surviennent. Selon Whitbourne et Skultety (2002), trois composantes d'évaluation de l'image corporelle dirigent les évaluations que l'homme fait de son corps : (1) l'apparence corporelle, (2) le sentiment de compétence du corps et (3) la santé physique. Ces trois composantes sont impératives pour comprendre l'adaptation psychologique à travers l'âge adulte. L'apparence physique renvoie à l'image que l'homme projette aux autres et à l'image qu'il se fait de lui-même. Les sentiments intériorisés face aux compétences corporelles sont basés, en partie, sur les sensations physiques associées à l'âge (agilité, endurance, force), tandis que la santé physique ou la maladie a des implications sur la qualité de vie et influence les sentiments face au

parcours de fin de vie. Selon ces mêmes auteurs, différents changements sont dits « normaux » à l'âge adulte, tels que l'apparition des rides, la perte de force musculaire et aussi la redistribution des graisses corporelles des extrémités vers l'abdomen. Différentes actions préventives peuvent être entreprises à la période jeune adulte et maintenues à l'âge adulte, ces actions servant à minimiser les changements corporels dus au vieillissement naturel.

Whitbourne et Skultety (2002) s'inspirent aussi de la théorie du processus identitaire pour mentionner que deux mécanismes sont impliqués dans la manière dont les individus agissent face au processus de vieillissement. Par le processus d'assimilation, l'individu tente de maintenir une vision constante du « soi » en n'attachant pas d'importance aux signes du vieillissement, alors que par le processus d'accommodation, l'expérience du vieillissement surpasse l'individu et engendre une remise en question ou une redéfinition du « soi ». Ces éléments laissent donc supposer qu'un homme n'attachant pas d'importance aux signes du vieillissement ne verra pas son image corporelle se modifier à travers les années, alors qu'un homme qui se sent impuissant face aux changements de son corps se remettra constamment en question et réévaluera constamment son image corporelle.

Alors qu'autrefois, pour les hommes, vieillir était synonyme d'une plus grande reconnaissance sociale, l'homme moderne combat les traces de l'âge et craint, avec le temps, de perdre sa position professionnelle ou sa place dans le champ des communications (Le Breton, 1990). Pour les occidentaux, il semble que le vieillissement implique inévitablement de faire le deuil de l'essentiel de ce que fut sa vie et de désinvestir les activités appréciées. Selon Le Breton (1990), vieillir impliquerait aussi une perte de contrôle graduelle sur sa propre existence. Toujours selon cet auteur, puisqu'il s'agit d'un processus lent et graduel, le vieillissement échappe à la conscience de l'individu et ce n'est que lorsque ses capacités physiques se retrouvent limitées qu'il prend pleinement conscience de ce qui lui arrive. Dans le contexte d'image corporelle, les écrits de Le Breton (1990) renvoient au corps qui se détériore avec les années, à la perte de contrôle sur les modifications corporelles et au sentiment d'impuissance qui peut en découler.

Selon Erikson (1959), l'adolescent doit traverser différentes crises développementales, dont une nommée identité versus confusion des rôles. Selon cet auteur, la tâche première à l'adolescence est d'établir un sens clair de son identité, c'est-à-dire la conviction d'être soi en tant qu'homme et soi en tant qu'homme qui se situe dans un ordre social. Dans son interprétation des écrits d'Erikson, Crain (2005) mentionne que si les adolescents passent beaucoup de temps à se regarder dans le miroir et accordent beaucoup d'importance à leur apparence physique, c'est précisément parce qu'ils grandissent et changent tellement rapidement qu'ils éprouvent des difficultés à se reconnaître, donc à construire une identité qui est claire. Crain (2005) évoque aussi que la construction de l'identité est un processus inconscient qui dure toute la vie et qui se fonde sur les accomplissements personnels réalisés et sur les sources d'identification disponibles. Par conséquent, il est possible de penser que le corps, élément de l'identité corporelle, possède une influence sur l'intimité entre partenaires. En fait, on peut penser qu'un sens plus clair de soi, de son corps, contribue au développement et à l'établissement de relations intimes. Or, les enseignements d'Erikson, dans la théorie bio-psychosociale, laissent suggérer l'existence d'un lien entre le corps (identité de soi, au niveau corporel) et l'intimité, d'où l'importance d'explorer plus profondément ce concept, ce qui sera fait dans les prochaines sections.

En regard du développement de l'orientation sexuelle, les enseignements d'Erikson ont aussi contribué à la création d'un modèle théorique basé sur l'acceptation de son orientation sexuelle homosexuelle (Cass, 1979, 1984, citée dans Murray, 2001). Selon ce modèle théorique, les individus doivent traverser six stades pour compléter le processus de formation de l'identité homosexuelle. Bien que chacun des stades soient présentés de manière hiérarchique, l'auteure admet qu'ils peuvent être traversés selon une séquence différente et que certains individus peuvent être fixés à n'importe quel stade en cours de développement. Le premier stade fait référence à la *confusion de l'identité* et renvoie aux questionnements soulevés par la marginalité de l'attraction sexuelle et par l'acceptation sociale de l'homosexualité. Pour traverser ce stade, les hommes doivent en venir à croire que leur identité homosexuelle et les comportements sexuels sont appropriés et acceptables. Le second stade, la *comparaison de l'identité*, consiste pour les hommes à recadrer leurs idéaux, leurs plans d'avenir et leurs attentes en fonction de leur orientation homosexuelle. La *tolérance de*

l'identité est le troisième stade proposé par Cass (1979, 1984, citée dans Murray, 2001). Durant ce stade, les hommes convaincus de leur homosexualité en viennent à sélectionner des personnes d'orientation homosexuelle avec qui ils souhaitent développer des liens d'amitié. *L'acceptation de son identité* est le stade suivant et à partir de cette étape, les hommes d'orientation homosexuelle viendraient qu'à préférer les contacts sociaux homosexuels, même s'ils cherchent à paraître hétérosexuels pour la majorité de leur environnement social. Au cinquième stade (*fierté de son identité*), les hommes éprouvent du plaisir face à leur homosexualité et dévoilent leur orientation sexuelle aux personnes hétérosexuelles en faisant valoir les avantages d'une telle orientation au détriment de l'hétérosexualité. Le dernier stade est la *synthèse de son identité* et lors de ce stade, le processus de la formation de l'identité se complète pour les hommes qui intègrent leur homosexualité à l'ensemble de leur vie quotidienne et de leur mode de vie. À ce stade, les individus reconnaissent qu'ils sont acceptés et respectés par certains hétérosexuels et que certains d'entre eux peuvent même être des amis précieux. Par ailleurs, c'est à ce stade que l'identité sexuelle s'intègre aux autres facettes de l'identité des hommes.

Suivant cette optique, on pourrait donc penser que le développement d'une identité homosexuelle « synthétisée » faciliterait le développement d'une identité claire selon Erikson et permettrait ainsi de s'investir ultérieurement dans une relation romantique empreinte d'intimité entre les partenaires.

3.2 PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE DE L'INTIMITÉ

Le concept d'intimité a lui aussi été abordé par nombre d'auteurs et les définitions qui lui sont rattachées sont tout aussi diversifiées et complémentaires. Les paragraphes suivants visent à optimiser la compréhension de ce concept et surtout, à faire valoir la nature développementale de la capacité de se retrouver en situation d'intimité avec un(e) partenaire romantique.

Prager (1995) propose une conception à multiples niveaux de la capacité d'intimité. Elle traduit cette conception en interactions intimes et en relations intimes. Selon cette auteure, les interactions intimes sont des échanges dyadiques verbaux ou non verbaux dans lesquels

un ou les deux partenaires partagent quelque chose de privée ou de personnelle avec l'autre. Les interactions intimes s'appuient sur un sentiment de bien-être sur les plans affectif, perceptif et cognitif avant, pendant et après les échanges. Ils incluent les notions de proximité émotionnelle, de partage, de révélation de soi et d'expériences particulières rattachées à l'intimité (Prager, 1995). Les interactions intimes sont aussi composées de comportements intimes et d'expériences intimes. Alors que les comportements intimes réfèrent aux comportements observables (verbaux ou non-verbaux) dans lesquels les individus s'engagent, les expériences intimes renvoient davantage aux perceptions et aux sentiments vécus par les personnes pendant et à cause de leurs interactions intimes (confort, plaisir, affection). Les relations intimes, quant à elles, impliquent la durée dans le temps et sont caractérisées par l'histoire d'interactions intimes répétées, généralement sur une base régulière et prévisible. Elles sont aussi caractérisées par l'affection, la confiance et l'unicité entre les partenaires. Autrement dit, lorsque deux personnes se dévoilent l'une à l'autre par le partage de leurs sentiments et de leurs émotions, il se crée une proximité psychologique qui permet à ces personnes de vivre une situation d'intimité. Bureau (1995, p. 2) souligne quant à lui que « la capacité d'intimité relève [...] d'une habileté particulière à nommer et à exprimer tout ce qui habite l'espace de sa subjectivité, à risquer l'ouverture de sa propre conscience à travers la rencontre d'une autre conscience ». Il ajoute que « l'intimité nécessite aussi l'authenticité de la personne, sa capacité à se référer à son cadre interne de références, une confiance en soi et une confiance en l'autre ainsi qu'une bonne part d'humilité pour ne pas imposer à l'autre sa propre perspective ». Le cadre interne de références englobe les valeurs, les perceptions, les opinions, etc., d'un individu.

Dans le contexte actuel, la perspective développementale de l'intimité a été privilégiée au détriment d'autres perspectives (sociales, interactionnelles, culturelles, etc.) parce qu'« une telle approche facilite l'exploration de l'ontogénèse du développement de l'intimité depuis l'enfance jusqu'à un âge avancé » (Thériault, 1995, p.62). Selon cette optique, l'intimité fait davantage référence à une capacité individuelle plutôt qu'à la qualité perçue de la relation avec le(la) partenaire (Thériault, 1995). Une perspective développementale de l'intimité permet aussi de capturer les aspects complexes de l'intimité liés à la motivation, l'émotion et au comportement (Collins et Stroufe, 1999).

Pour Collins et Stroufe (1999), la capacité d'intimité « émerge d'un processus de transaction » (p.125). En effet, il semble qu'à toutes les étapes de la vie, à commencer par la tendre enfance, les expériences avec les parents et les pairs permettent de mettre en place les fondations qui supporteront éventuellement la capacité d'intimité. Selon ces auteurs, à l'adolescence, il est toutefois possible d'observer une amélioration au plan qualitatif du dévoilement de soi et de l'intimité sexuelle (Collins et Stroufe, 1999). Pour être capable de se retrouver en situation d'intimité avec quelqu'un, l'adolescent doit être en mesure d'accepter et de valoriser le rapprochement. Il doit aussi être capable de tolérer et même de vivre les émotions intenses inextricables à une relation de proximité et d'être aussi en mesure de partager avec facilité les expériences émotionnelles intenses. Enfin, il doit être capable de se dévoiler, de vivre une réciprocité mutuelle et d'être sensible aux sentiments et au bien-être de l'autre. Pour y arriver, pendant l'enfance, l'adolescent doit avoir eu l'occasion de pratiquer et de maîtriser la proximité, réciprocité et les résolutions de conflits égalitaires entre les pairs. Il semble que les individus qui possèdent des expériences familiales supportantes sont plus enclins à vivre des expériences positives qui contribuent à la capacité d'intimité avec les pairs (Collins et Stroufe, 1999).

Erikson (1959) quant à lui, stipule que la capacité d'intimité résulte d'une crise développementale qui permet à l'individu d'acquérir différentes habiletés du moi et qui doit nécessairement être franchie pour parvenir éventuellement, à la sagesse de l'âge adulte. Pour cet auteur, l'adulte devra résoudre trois crises développementales, la première étant la crise de l'intimité versus l'isolement, entre 20 et 40 ans environ ; la seconde, la crise de la générativité versus la stagnation, entre 40 et 65 ans environ ; et la troisième, la crise de l'intégrité versus le désespoir, vers 65 ans et plus. Comme mentionné précédemment, il semble que la construction d'une identité claire à l'adolescence, aussi par le biais de crise développementale, contribue au développement de l'intimité, alors qu'une identité floue engendre plutôt l'isolement de l'individu.

En fait, alors qu'à l'adolescence, l'individu avait à traverser des étapes centrées sur sa propre personne, à l'âge adulte, il doit traverser des étapes à partir desquelles il pourra approfondir sa capacité d'aimer et de se soucier des autres. Une personne dont l'identité est diffuse est donc incapable de former une vraie relation d'intimité lorsqu'il sera un jeune adulte. Même si

une relation peut sembler intime, elle reste superficielle et n'atteint pas la profondeur et l'investissement caractéristique à une vraie relation intime. Les actes sexuels ne renvoient pas nécessairement au développement d'une intimité psychique vraie et mutuelle. L'adolescent qui ne possède pas une identité claire tend à fuir l'intimité interpersonnelle. En s'inspirant d'Erikson, Crain (2005) mentionne aussi qu'un homme préoccupé par sa masculinité ne peut faire un bon amoureux puisqu'il est trop préoccupé par ses performances et qu'il est incapable de s'abandonner à son(sa) partenaire sexuel(le). Toujours selon Erikson (cité dans Thériault, 1995), le sous-développement de l'identité implique soit la fuite des relations interpersonnelles ou l'absence de véritable abandon de soi lors des actes intimes, ce que Thériault (1995) appelle la pseudo-intimité. Toutefois, plus son identité se concrétise, plus il est apte à la concrétiser en amitié, en combat, en leadership, en amour et en inspiration. Pour Erikson (1959), l'opposé de l'intimité est l'isolement, ce dernier se manifestant par la tendance à repousser les autres et si nécessaire, la destruction des forces et des personnes qui semblent dangereuses pour l'individu. On pourrait penser qu'en s'isolant, l'individu reflète sa crainte d'être absorbé par l'autre, sa crainte de se perdre dans quelqu'un d'autre et ainsi de ne pas se posséder, de ne pas avoir d'identité qui lui appartient.

Outre le modèle de crises développementales développé par Erikson, Levinson (1986, cité dans Smolak, 1993) propose un modèle basé sur différentes transitions chez l'homme adulte. Selon ce modèle, une période de transition clôturait chaque période de vie existante et crée les possibilités pour une nouvelle période. Pour cet auteur, les choix sont les produits majeurs d'une transition de la vie. Plus encore, à chaque clôture de la période de transition, l'individu pose ses choix, il leur donne une signification, leur accorde un poids et commence à bâtir une structure de vie qui tourne autour de ses choix. En se basant sur ce modèle développemental, à la période jeune adulte, l'homme qui a entre 17 et 21 ans commence à former une définition initiale de soi en tant qu'adulte et commence à prendre des décisions qui vont le guider vers sa place initiale dans le monde adulte. Entre 22 et 28 ans, l'homme entre dans le monde adulte. Il explore les options de la vie adulte et de la création d'une structure de vie stable. S'en suit la transition de la trentaine, qui s'effectue entre les 28 et 33 ans. À cette période, l'homme transite vers les « réalités » de la vie adulte. Il reconnaît les défauts et les imperfections sur lesquels il se doit de travailler. Ce n'est qu'entre 33 et 40 ans que l'homme

est maintenant un « adulte ». C'est à partir de ce moment qu'il planifie et atteint ses buts majeurs dans la vie et qu'il contribue à la société. À partir de 40 ans, l'homme est en transition entre la période jeune adulte et adulte moyen. Il se questionne sur ses valeurs et ses accomplissements. Entre 45 et 50 ans, l'homme est définitivement entré dans la période adulte. Les issues sont similaires à la période entre 22-28 ans, c'est-à-dire qu'il explore les options de la vie adulte et de la création d'une structure de vie stable avec des perspectives élargies. À partir de 50 ans, l'homme transite vers les différents stades de l'âge adulte qui visent à consolider les différents acquis effectués au cours de la période jeune adulte et adulte moyen (Levinson, 1986, cité dans Smolak, 1993).

En s'inspirant d'Erikson (1959), de Lovinger (1976) et de Stroufe (1989), Prager (1995) propose différentes hypothèses face au développement individuel. Dans un premier temps, cette auteure assume que dans n'importe quelle circonstance, certains comportements témoignent d'une meilleure adaptation que d'autres. Les théorisations qui déterminent quels comportements sont adaptés reposent à la fois sur des théories qui ont exposé les caractéristiques du développement typique (Erikson, 1959, Lovinger, 1976, cités dans Prager, 1995) et sur les résultats obtenus dans des études empiriques (Elicker, Englund, & Stroufe, 1992, cité dans Prager, 1995). En second lieu, inspirée par Rotter (1982) et Sullivan (1953), l'auteure postule que les relations intimes ont plus de chances d'avoir des effets positifs sur les individus si elles concernent ou combler des besoins. Ces besoins, de l'ordre de l'affirmation, de la séparation, de la privauté et de la distance, sont généralement satisfaits par les interactions et peuvent aussi améliorer les habiletés, étendre les connaissances, améliorer les stratégies d'ajustement efficaces, améliorer la clarté et la complexité de la pensée, enlever les symptômes, améliorer l'humeur ou faciliter l'atteinte des objectifs. Il semble donc que d'être seul et de ne pas combler des besoins d'intimité et de compagnie de façon suffisamment fréquente, persistante ou gratifiante, engendre des effets négatifs sur le développement. La troisième supposition est que les différents stades de la vie réfèrent à différents besoins, différents intérêts et différents éléments de stress. La quatrième supposition de Prager (1995) est que chaque stade de la vie possède le potentiel d'ajouter différentes habiletés, compétences et styles d'ajustements au répertoire de l'individu. En s'engageant dans les différentes activités reliées aux stades de la vie, les individus

développent leurs compétences en approfondissant certaines d'entre elles et en élargissant leur champs d'activités. Dans leurs relations avec des personnes significatives, les individus vont toutefois se butter à certaines limites compte tenu des compétences qu'ils auront ou n'auront pas développé compte tenu de leur âge.

« Toujours au chapitre du développement de la personne, d'autres psychanalystes examinent la question de l'intimité, mais cette fois, spécifiquement sous l'angle du développement de l'individualisation » (Thériault, 2001, p.48). Pour certains auteurs, l'individualisation et la séparation sont des composantes essentielles qui font partie du développement typique de l'enfant et qui permettent à ce dernier de se libérer graduellement de la dépendance envers les figures dominantes. Pour d'autres, l'individualisation et la séparation entrent en conflit avec les besoins d'intimité relationnelle. Plus récemment, il semble que l'approche dialectique, telle que rapportée par Thériault (2001), met l'accent sur les relations intimes et sur l'individualisation à tous les stades du développement humain. Selon cette approche, la communication entre partenaires aurait deux fonctions distinctes et complémentaires. Dans un premier temps, la communication favoriserait l'individualisation en permettant d'exprimer des expressions de différenciation entre les partenaires. Dans un deuxième temps, la communication permettrait la connexion entre les partenaires par l'ouverture aux expressions divergentes et la sensibilité et le respect du point de vue de l'autre.

Pour certains auteurs, la qualité de la relation intime avec un(e) partenaire romantique et surtout, la capacité d'être en relation intime, dépend entre autres de l'influence du lien d'attachement établi au cours de l'enfance avec la mère ou une personne significative pour l'enfant. Au plan de l'image corporelle, les liens d'attachement semblent aussi constituer une avenue pour expliquer les insatisfactions face à son corps. À cet effet, Cash *et al.* (2004) soulignent que « de façon surprenante, très peu d'études ont examiné les liens entre les styles d'attachement et l'image corporelle » (Traduction libre de Cash *et al.*, 2004, p.91), alors qu'il semble clair que la valeur ou l'acceptation de son apparence corporelle tient en partie d'un style d'attachement sécure (Cash et Flemming, 2002 ; Cash *et al.*, 2004). Tel que rapporté par Cash et Flemming (2002) et par Cash *et al.* (2004), l'individu a la sensation d'avoir une valeur propre, de pouvoir être aimé et d'être confortable avec l'intimité et l'autonomie si son type d'attachement est « sécure ». Selon Hazan et Shaver (1987), il semblerait aussi que la

capacité de l'adulte d'entrer en relation intime avec une autre personne, dépend de l'établissement d'un attachement de type «sécure» lors de l'enfance.

3.3 RÉSUMÉ DES CONCEPTIONS THÉORIQUES PRIVILÉGIÉES

En considérant les théories développementales de l'image corporelle et de l'intimité, il apparaît que les périodes de l'enfance et de l'adolescence semblent être cruciales lorsqu'il s'agit d'évaluer l'image corporelle et la capacité d'établir des relations intimes avec autrui à l'âge adulte. Ainsi, pendant l'enfance et l'adolescence, il semble donc que le développement d'une identité stable et solide, ainsi que le développement, par la relation avec la mère ou une personnes significative, d'un style d'attachement « sécure », favorisent l'évaluation positive de son image corporelle et la capacité de se retrouver en relation d'intimité avec un(e) partenaire à l'âge adulte.

De façon générale, l'image corporelle sociale est un construit qui n'est pas stable et qui se modifie à travers les âges et les années. À l'adolescence, l'apparence physique est une constituante très importante de l'individu qui se développe et devient un élément clé qui guide les relations romantiques. À cet effet, il semblerait que les adolescents d'orientation hétérosexuelle accordent une place primordiale à l'apparence de leur partenaire amoureuse. L'image corporelle individuelle renvoie davantage aux attitudes face à son corps et aux comportements individuels qui visent éventuellement à le modifier. Au cours de la période jeune adulte et au-delà, l'importance accordée à l'image corporelle réside davantage dans l'adoption de différents comportements préventifs qui visent à atténuer les signes de vieillissement propres à l'adulte. Pour cet adulte, il semblerait que trois composantes guident la perception et la satisfaction face à l'image corporelle. Dans un premier temps, l'apparence en général, en considérant l'influence de l'environnement social et des perceptions face à son corps. En second lieu, le sentiment de compétence face au corps (l'agilité, la force physique, etc.) et finalement, l'état de santé physique de l'individu. Certains changements naturels, tels que l'apparition des rides, la diminution de la force musculaire et la répartition des graisses de l'extrémité vers l'abdomen, sont des éléments clés qui jouent sur la satisfaction face à son corps et de son image corporelle. Face à cela, l'homme âgé apparaît comme un individu en

perte de contrôle, non seulement face à son corps, mais face à sa carrière et ses ambitions. De surcroît, l'homme vieillissant se doit de faire le deuil des activités autrefois appréciées.

Au plan de l'intimité, les périodes de la tendre enfance et de l'enfance semblent être cruciales. Bien que la période jeune adulte soit déterminante pour la consolidation de l'intimité relationnelle, pour Collins et Stroufe (1999), les expériences avec les parents et les pairs permettraient de mettre en place les fondations qui supportent la capacité d'intimité. L'enfant doit d'autant plus avoir eu l'occasion de pratiquer et de maîtriser les relations de proximité, de réciprocité et de résolution de conflits avec autrui pour être capable de se retrouver en contexte d'intimité à l'âge adulte. D'autres auteurs mentionnent que le développement, lors de l'enfance, d'un style d'attachement « sécure » favorise la capacité de vivre une réelle relation d'intimité avec un(e) partenaire romantique en tant qu'adulte. À l'adolescence, Erikson (1959) stipule que la construction d'une identité claire est essentielle et que l'individu dont l'identité demeure floue ne sera en mesure de vivre une relation d'intimité. Pour Collins et Stroufe (1999), l'adolescent doit être capable de favoriser le rapprochement, de tolérer et de vivre les émotions relatives à une relation de proximité. Par ailleurs, l'adolescent doit être capable de se dévoiler et d'être sensible au bien-être de l'autre. En tant qu'adulte, il semble que les relations intimes sont plus bénéfiques si elles comblent des besoins. À cet effet, ne pas combler ces besoins par le biais des relations intimes engendre des effets négatifs sur le développement de l'individu en rendant difficile l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés et en restreignant sa capacité d'améliorer ses stratégies d'ajustement efficaces (Prager, 1995).

À partir des théories décrites et des conceptions théoriques privilégiées, différentes questions de recherche émergent, liant cette fois-ci, la question de la lipodystrophie aux notions étudiées de l'image corporelle et de l'intimité romantique. De ce fait, il est possible de se demander, dans le contexte du VIH, quelle est la place occupée par la lipodystrophie, en regard de l'âge et de l'orientation sexuelle des hommes, quant l'expérience corporelle et quant à l'expérience de l'intimité romantique?

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Afin de répondre de façon adéquate aux questions de recherche formulées à la section précédente, l'étude proposée correspond à une étude de nature corrélationnelle. Les données utilisées ont été recueillies via un questionnaire à questions principalement fermées. Le questionnaire était administré dans le contexte d'une entrevue dirigée, réalisée auprès de personnes vivant avec le VIH qui ont participé au projet MAΨA (Otis, Godin et le groupe d'étude MAΨA : *Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales*, no de subvention : HHP-64511). Cette dernière est une étude longitudinale dont le recrutement a débuté au mois d'octobre 2004 et qui porte sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH de la région montréalaise, au Québec. Les participants sont rencontrés à tous les six mois pour au moins dix-huit mois, ce qui implique quatre temps d'observation (T_0 à T_3). En date du 1^{er} mai 2006, 856 participants dont 692 hommes, avaient complété la première rencontre du Projet MAΨA. À la même date, 530 participants dont 432 hommes, ont aussi complété la première visite de suivi (T_1). Toutes les données utilisées dans le cadre de la présente recherche, sauf certaines données sociodémographiques disponibles uniquement au T_0 , proviennent uniquement de la première visite de suivi (T_1). Puisque les résultats des travaux recensés démontrent que la prise d'ARV a un impact sur la prévalence de la lipodystrophie, uniquement les hommes rencontrés au T_1 et ayant déjà pris des ARV au cours de leur vie ont été retenus ($n=388$). À la fin de ce

chapitre, les moyens mis en œuvre pour contrôler les biais et réduire leur portée sur l'étude sont présentés.

4.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE LA RECHERCHE

4.2.1 Population à l'étude

Dans le contexte du projet MAΨA, la population à l'étude est composée d'hommes et de femmes anglophones et francophones, ayant reçu un diagnostic de séropositivité au VIH, vivant dans la région montréalaise et suivis dans un des onze centres cliniques partenaires. Les critères d'exclusion de MAΨA sont : (1) ne pas avoir de preuve de son statut sérologique VIH positif, (2) éprouver de la difficulté à s'exprimer de façon courante en anglais ou en français et (3) être incapable de fournir un consentement éclairé pour cause d'une déficience intellectuelle ou d'un problème de santé mental trop envahissant.

Dans le contexte du présent mémoire, les critères d'inclusion sont : (1) être un homme qui se dit d'orientation hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle et (2) avoir pris des ARV au cours de sa vie.

4.2.2 Stratégies de recrutement et constitution de l'échantillon

Dans un premier temps, les participants sont recrutés à partir de deux stratégies différentes, soit à partir des milieux cliniques ou à partir d'activités promotionnelles telles que la distribution de dépliants, des publicités diffusées dans les médias et le bouche à oreilles. Ensuite, les participants sont rencontrés à l'un des deux milieux de collecte de données (cliniques ou à l'Université du Québec à Montréal (UQAM)). Compte tenu du recrutement des participants qui s'effectue à partir de deux stratégies différentes et puisqu'il y a deux types de sites de collecte des données, trois modalités d'entrée dans la cohorte MAΨA sont proposées (Figure 1.1). La modalité A est basée sur le recrutement dans les 11 milieux cliniques et la collecte des données se fait sur place, en milieu clinique. La modalité B repose elle aussi sur le recrutement en milieu clinique, mais le site de collecte de données est situé à

l'UQAM. La modalité C quant à elle, repose sur le recrutement par activités promotionnelles et la collecte des données est réalisée à l'UQAM.

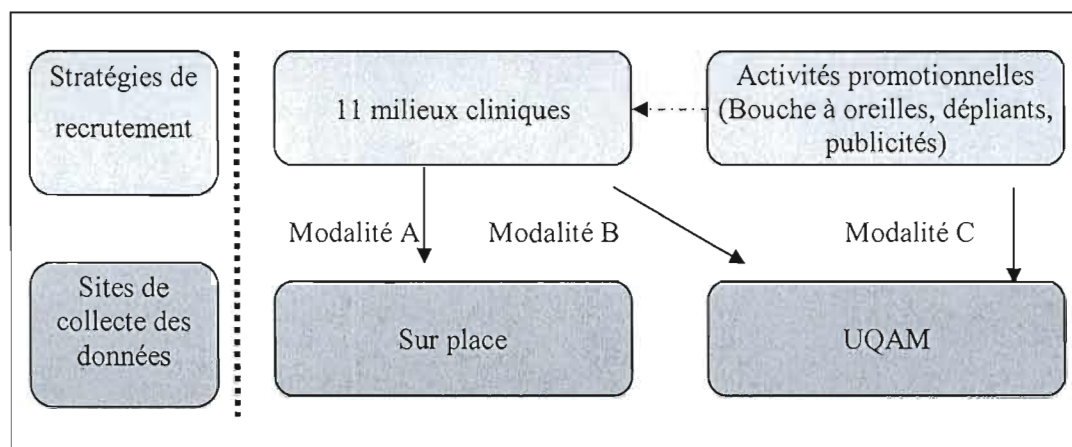


Figure 4.1 Modalités d'entrée dans la cohorte et sites de collecte des données

4.2.2.1 Modalité A

La modalité d'entrée « A » au sein de la cohorte s'appuie sur une stratégie de recrutement et un site de collecte des données en milieu clinique. Le recrutement a débuté le 1^{er} octobre 2004, lors des visites de routine. Dans le cadre de ces rencontres, la PVVIH est invitée à participer à l'étude par le personnel médical en charge, selon un échantillon de convenance. En effet, parmi tous les médecins approchés pour référer les patients, uniquement certains réfèrent leurs patients systématiquement aux interviewers, les autres effectuant eux-mêmes une présélection des participants qu'ils croient aptes à participer. Pour le participant recruté à l'aide de cette stratégie, l'équipe médicale en charge de son suivi est responsable, avant même qu'il ne soit invité à participer à l'étude, de vérifier son éligibilité selon les critères d'exclusion mentionnés plus haut. Uniquement le participant correspondant aux critères est sollicité. Lors de son entrée en contact avec un membre de l'équipe médicale en charge, la PVVIH jugée éligible est informée des objectifs de l'étude et de ses implications en terme de participation. Les deux formulaires de consentement (consentement à l'étude et consentement à l'accès aux données relatives aux CD4 et à la charge virale à partir du dossier médical),

peuvent être signés immédiatement ou au moment de la première rencontre (appendice A). L'entrevue pour l'étude est généralement fixée à la date de la prochaine visite.

4.2.2.2 Modalité B

La modalité « B » a aussi pour stratégie de recrutement les milieux cliniques, mais la collecte de données se déroule à l'UQAM. Le recrutement a aussi débuté le 1^{er} octobre 2004, lors des visites de routine et tout comme pour la modalité précédente, la PVVIH est invitée à participer à l'étude par le personnel médical en charge, selon un échantillon de convenance. Toutefois, pour le recrutement à partir de certains milieux clinique, les entrevues sont réalisées à l'UQAM. Par conséquent, le personnel médical met le participant en contact avec le coordonnateur de l'étude qui est responsable de vérifier les critères d'éligibilité du participant et de l'informer des objectifs de l'étude et de ses implications en terme de participation. Le premier contact étant téléphonique, les formulaires de consentement (consentement à l'étude et consentement à l'accès aux données relatives aux CD4 et à la charge virale à partir du dossier médical) sont signés au moment de la première rencontre.

4.2.2.3 Modalité C

La troisième modalité d'entrée dans la cohorte (modalité C) est mise en place par une stratégie de recrutement axée sur différentes activités promotionnelles, telles que la distribution de dépliants informatifs dans les organismes communautaires et par différentes publicités faites dans plusieurs médias. L'implantation de cette stratégie a aussi débutée le 1^{er} octobre 2004 et s'inspire de celle développée dans le cadre de la cohorte OMEGA (Dufour et al., 2000). Pour cette stratégie de recrutement, les chercheurs misent sur une campagne de promotion et la distribution de matériel en anglais et en français, dans tous les organismes communautaires de la grande région de Montréal (sida, gais, femmes, communautés ethnoculturelles), dans les CLSC, dans les cliniques médicales grand public et spécialisées ainsi que dans les endroits de socialisation des divers groupes cibles (bars, saunas, piqueries, centres communautaires et de loisirs, etc.). Par ailleurs, certains organismes communautaires ont intégré à leur site Internet, le dépliant de l'étude. En avril et en mai 2005, des pages publicitaires ont été réservées dans le journal *Fugues*, qui est un média écrit s'adressant

principalement à une clientèle d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) de la région de Montréal et dans le bulletin mensuel du Comité des personnes atteintes du VIH (CPAVIH), qui s'adresse spécifiquement aux PVVIH. Dans ce matériel, toutes les informations permettant à la PVVIH d'entrer en contact avec le coordonnateur de l'étude sont présentées.

Pour cette modalité d'entrée dans la cohorte, il s'agit aussi de la constitution d'un échantillon de convenance. Lorsque les participants sont recrutés par la stratégie d'activités promotionnelles, ils doivent contacter le coordonnateur de l'étude, ce dernier étant logé dans les locaux de l'UQAM, tout comme trois interviewers chargés de faire les entrevues. Ces locaux, en plus de protéger l'anonymat du participant, sont situés à proximité du métro, donc faciles d'accès. Idéalement, la PVVIH intéressée prend rendez-vous avec le coordonnateur de l'étude par téléphone. Toutefois, elle peut aussi se rendre directement sur place aux heures d'ouverture. Puisque les locaux sont faciles d'accès et compte tenu de la présence de compensation financière en guise de dédommagement pour les participants, il y a toujours deux personnes au site d'entrevue de l'UQAM. Dans le cas où une seule personne est sur place, cette dernière, par mesure de sécurité, se réserve le droit de ne pas répondre à la porte. Le coordonnateur de la recherche est chargé, lors du premier contact téléphonique ou en personne, d'évaluer l'éligibilité du participant. Si ce dernier est suivi dans un centre clinique partenaire du projet, le coordonnateur vérifie le lieu où doivent se dérouler les entrevues. Dans le cas où le participant est suivi dans un milieu clinique où la cueillette des données est réalisée sur place, le coordonnateur réfère le participant à son médecin. Dans cette situation, ce qui a été décrit à la modalité d'entrée « A » dans la cohorte pour la constitution de l'échantillon s'applique. Toutefois, selon la modalité « C », le coordonnateur invite le participant à une première rencontre. Encore une fois, la PVVIH est informée des objectifs de l'étude et de ses implications en terme de participation par le coordonnateur. Plus encore, si le premier contact est téléphonique, les formulaires de consentement (consentement à l'étude et consentement à l'accès aux données relatives aux CD4 et à la charge virale à partir du dossier médical) sont signés au moment de la première rencontre. Toutefois, si le contact se fait sur place, les formulaires de consentement peuvent être signés immédiatement.

4.2.3 Déroutement de la collecte de données

Tous les interviewers sont bilingues (français/anglais), donc le participant peut choisir la langue dans laquelle il désire s'exprimer lors de l'entrevue, cela peu importe le milieu de collecte de données. Lors de la première visite, l'interviewer accueille la PVVIH. L'interviewer fait signer les formulaires de consentement au participant ne l'ayant pas signé lors du premier contact. Par la suite, un retour est fait sur les objectifs et le déroulement complet de l'étude. L'interviewer est chargé de vérifier si les coordonnées disponibles au dossier du participant (adresse, etc.) peuvent être utilisées pour procéder au rappel lors des prochaines visites. Dans le cas où les données sont absentes ou ne peuvent être utilisées, une stratégie conjointe est élaborée et inscrite au dossier.

Les données sont recueillies par l'entremise d'un questionnaire de recherche administré dans le contexte d'une entrevue dirigée. Le questionnaire est présenté au sujet non seulement verbalement, mais aussi sous forme d'un *cahier du participant*. Ce cahier vise à faciliter le déroulement de l'entrevue en reprenant les diverses échelles utilisées, ce qui permet au participant de lire et d'écouter les consignes en même temps que le fait l'interviewer. L'interviewer coche, au fur et à mesure, les réponses données par le participant dans le questionnaire qu'il a lui-même en sa possession. Afin d'assurer la qualité des données, cette façon de procéder paraît la plus appropriée, d'autant plus qu'elle a été appliquée dans le contexte de la cohorte OMEGA et s'est avérée hautement acceptable pour le participant, en plus de réduire le pourcentage de données manquantes.

À titre d'exemple, mentionnons que pour le projet MASHA, à l'origine, la partie du questionnaire comprenant des questions plus délicates relatives à l'observance et aux comportements sexuels sécuritaires, était complétée individuellement par le participant. L'interviewer était alors disponible pour répondre à ses interrogations. Si le participant éprouvait certaines difficultés de lecture, l'interviewer pouvait aussi lui proposer de procéder par entrevue ou lui lire les questions plus complexes. Toutefois, après avoir saisi les premiers questionnaires, les chercheurs ont été informés des nombreuses erreurs faites par les participants dans la complétion de ces sections et par conséquent, certaines données cruciales

étaient perdues. Il a été convenu que ces sections devaient, elles aussi, être complétées à la manière d'une entrevue dirigée, aucune section n'étant dorénavant oubliée.

Les rencontres sont toutes d'une durée d'environ deux heures. À la fin de la rencontre, une compensation de 20,00\$ est remise au participant. Suite à cela, l'interviewer doit composer un code non nominal, à partir du numéro de carte d'assurance maladie du participant, qui sera différent pour chacun d'entre eux. Ce code non nominal de 16 caractères est non-réversible et est obtenu à partir d'un programme informatique créé spécialement pour l'étude. L'interviewer inscrit ce code non nominal sur le questionnaire (et inscrit en milieu clinique, sur une liste indépendante avec son numéro de dossier médical), de manière à ce que les informations puissent être jumelées, temps par temps, et d'un temps à l'autre. Aucun jumelage direct entre le nom du sujet et son code de recherche n'est possible, ce qui protège l'anonymat du sujet.

Lorsque le participant quitte, l'interviewer doit se procurer les données virologiques et immunologiques inscrites au dossier médical. En milieu clinique (modalité A), l'interviewer a directement accès au dossier médical du participant et inscrit les données directement sur le questionnaire aux endroits prévus à cet effet. Pour les entrevues réalisées à l'UQAM (modalité B et modalité C), l'interviewer transige avec le personnel en charge à l'hôpital ou à la clinique où le participant est suivi. Les informations sont partagées à l'aide d'une disquette transmise de mains-à-mains, sur laquelle l'interviewer inscrit le nom des participants, leur date de naissance et la date de leur rendez-vous. À l'aide de ces informations, le personnel en charge inscrit les données immunologiques et virologiques de chaque participant. La disquette est rendue en main propre au coordonnateur de l'étude, qui reconvertit le nom des participants en données non-nominales et compile les données virologiques des participants dans un fichier où ils ne peuvent être identifiés. Ce fichier est conservé par le coordonnateur dans un endroit sécurisé et il est impossible de jumeler ces données aux participants de l'étude. Le coordonnateur fournit les données aux interviewers de l'UQAM et ces derniers les inscrivent directement sur le questionnaire, aux endroits prévus à cet effet. Pour le T_0 , seules les dernières données sont inscrites alors que pour les T_1 à T_3 , toutes les données compilées tout au long des six mois précédant l'entrevue sont inscrites sur le questionnaire.

4.2.4 Procédure de rappel

Les rencontres ayant un intervalle de six mois entre elles, le participant est rappelé par l'interviewer qui a fait l'entrevue, deux semaines avant la date prévue de son prochain rendez-vous. Si l'interviewer est dans l'incapacité de rejoindre le participant (changement de numéro de téléphone, déménagement, décès) ou bien si le participant ne rappelle pas suite au 3^e appel, le coordonnateur de l'étude envoie, si possible, une lettre de rappel au participant. Si le participant ne répond toujours pas à l'appel, le coordonnateur considère que le participant a décidé de quitter l'étude.

4.2.5 Calcul de la puissance statistique

L'estimation de la puissance statistique tient compte des divers modèles multivariés réalisés. Ainsi, avec les échantillons disponibles pour ces analyses (entre 358 et 382), avec un alpha de 0,01, la puissance statistique varie entre 0,80 et 1,00, ce qui est jugé satisfaisant.

Tableau 4.1
Qualités métrologiques des différentes échelles utilisées telles que validées par les auteurs et selon l'étude actuelle

Échelles à l'étude	Nombre d'items	Scores variant de :	Facteurs	Qualités métrologiques des études originales	Qualités métrologiques dans l'étude actuelle
Apparence physique (<i>World Health Organisation's Quality of Life-HIV Instrument</i> , O'Connell <i>et al.</i> , 2003)	8 version originale 9 étude actuelle	(1) perception négative de son image corporelle à (5) perception positive de son image corporelle	1. <i>Physical appearance</i> 2. <i>Body image and appearance of PLWA</i>	$\alpha = 0,84$ $\alpha = 0,86$	$\alpha = 0,80$ $\alpha = 0,87$
Image corporelle (<i>Multidimensional Body Self-Relation Questionnaire-Additionnal Sub-scales</i> , Cash, 2000)	22	(1) attitudes négatives face à son image corporelle à (5) attitudes positives face à son image corporelle	1. <i>Appearance evaluation</i> 2. <i>Appearance orientation</i> 3. <i>Overweight preoccupation</i>	$\alpha = 0,88$ TR = 0,81 $\alpha = 0,88$ TR = 0,89 $\alpha = 0,73$ TR = 0,86	$\alpha = 0,83$ $\alpha = 0,83$ $\alpha = 0,45$
Intimité (<i>Personal Assessment if Intimacy in Relationship-Modified version</i> , Thériault, 1998)	18	(1) faible crainte face à l'intimité romantique générale et l'intimité romantique sexuelle à (7) forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle	1. <i>Crainte de l'intimité romantique en général</i> 2. <i>Crainte de l'intimité romantique sexuelle</i> 3. Rapport entre l'intimité sociale et l'intimité romantique sexuelle	$\alpha = 0,83$ $\alpha = 0,66$ $\alpha = 0,56$	$\alpha = 0,74$ $\alpha = 0,63$ $\alpha = 0,51$

α = Alpha de Cronbach

TR= fidélité test-retest (coefficient de corrélation intra-classe)

4.3 VARIABLES À L'ÉTUDE

Les variables à l'étude ont été choisies en fonction des résultats des études empiriques recensées et de leur pertinence sexologique. Ces variables sont d'ordre sociodémographique, comportemental, sexologique et liées au VIH et aux ARV. Rappelons que les variables utilisées proviennent d'une étude longitudinale portant sur la qualité de vie des PVVIH (projet MAPA). Au tableau 4.1 sont présentées les différentes échelles et sous-échelles utilisées ainsi que leurs qualités psychométriques, telles qu'obtenues par les auteurs et à partir des analyses réalisées dans le cadre de la recherche actuelle.

4.3.1 Variables dépendantes

Pour la présente étude, différentes variables ont été sélectionnées à partir des variables disponibles du Projet MAPA. Dans un premier temps, les échelles et sous-échelles ayant servies à mesurer les variables dépendantes image corporelle et intimité romantique seront détaillées. Ensuite, les variables liées à la lipodystrophie seront décrites et, dépendamment des analyses réalisées, seront considérées tantôt comme des variables dépendantes et tantôt comme des variables indépendantes. Dans un troisième temps, les variables indépendantes âge et orientation sexuelle seront présentées. Cette section se terminera par la description des différentes variables de contrôle utilisées dans le cadre de cette recherche.

4.3.1.1 L'image corporelle

Pour mesurer la perception qu'ont les participants face à leur corps, deux échelles sont utilisées. Elles ont été choisies pour assurer l'atteinte des objectifs de l'étude liés à l'image corporelle. La première échelle s'adresse spécifiquement à une population de PVVIH, mais n'a été validée qu'à une reprise. Quant à elle, la seconde échelle s'adresse à une population générale, mais a été validée à plusieurs reprises et dans des contextes diversifiés. Les différentes dimensions abordées dans les deux échelles se complètent et permettent une meilleure évaluation de l'image corporelle chez la population visée. D'autre part, tel

qu'indiqué au tableau 4.1, ces échelles ont démontré leur validité et leur fiabilité dans les travaux antérieurs.

a) La première est une version modifiée d'une sous-échelle tirée de l'échelle globale du *World Health Organisation's Quality of Life HIV Instrument* (O'Connell *et al.*, 2003). Elle est composée de 9 énoncés, dont l'échelle de réponse varie de (1) « fortement en désaccord » à (5) « fortement en accord ». La sous-échelle originale était composée de 8 énoncés. Après consultation, il a été convenu de scinder en deux l'énoncé « votre apparence physique nuisait à votre vie sociale et à votre vie personnelle ». D'après les analyses factorielles réalisées par les auteurs (O'Connell *et al.*, 2003), deux facteurs principaux composent cette échelle. Le facteur *physical appearance* est composé de 4 énoncés, ainsi que le second facteur *body image and appearance of PLWHA*.

Suite aux analyses factorielles réalisées, pour les fins de la présente étude, il a été convenu de conserver la solution proposée par les auteurs de l'échelle et d'intégrer les deux énoncés créés dans le même facteur original. Selon les analyses de consistance interne, le facteur *physical appearance* (4 énoncés) obtient un alpha de Cronbach de 0,80 et le facteur *body image and appearance of PLWA* (5 énoncés) obtient un alpha de Cronbach de 0,87. Le score global de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les 9 énoncés varie de 1 à 5, (1) signifiant une « perception négative de son image corporelle » et (5) une « perception positive de son image corporelle ». L'alpha de Cronbach obtenu pour cette échelle globale est de 0,89.

b) La seconde échelle utilisée pour évaluer les attitudes personnelles face à l'image corporelle est tirée du *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Additional Subscales* (MBSRQ-AS, Cash, 2000). Ces attitudes incluent trois composantes; (1) l'évaluation de son corps, (2) les cognitions sur le corps et (3) les comportements en lien avec son corps (Tiré du site de Thomas Cash / Body Image Assesments). Cette échelle comporte 22 énoncés répartis en trois facteurs (*appearance evaluation*, *appearance orientation* et *overweight preoccupation*). L'échelle de réponses varie de (1) « fortement en désaccord » à (5) « fortement en accord ».

Selon les analyses factorielles réalisées par l'auteur de cette échelle, le premier facteur *appearance evaluation* est composé de 7 énoncés. Ce facteur sert à évaluer le sentiment d'être attirant physiquement ou non, la satisfaction ou l'insatisfaction face à son apparence. Pour ce facteur, un score faible signifie que le participant est « très insatisfait de son apparence physique » et un score élevé signifie que le participant est « très satisfait de son apparence physique ». Le facteur *appearance orientation* quant à lui est composé de 12 énoncés et il évalue le degré d'investissement dans son apparence physique. L'obtention d'un score élevé signifie que l'individu accorde plus d'importance à son apparence, fait plus attention à son corps, alors qu'un score faible signifie que pour l'individu, l'apparence n'est pas particulièrement importante et qu'il ne fait pas beaucoup d'efforts pour « bien paraître ». Le dernier facteur, *overweight preoccupation* inclut 3 énoncés et il reflète l'anxiété face au fait d'être gros, la vigilance face à son poids, la diète et le contrôle de la quantité de nourriture ingérée.

Comme pour l'échelle précédente, il a aussi été décidé, pour les fins de la présente étude, de conserver les trois facteurs préalablement établis et validés par l'auteur de l'échelle. Suite aux analyses réalisées, le facteur *appearance evaluation* obtient un alpha de Cronbach de 0,83. Le second facteur, *appearance orientation*, obtient un alpha de Cronbach de 0,83 et le troisième facteur *overweight preoccupation*, obtient un alpha de Cronbach de 0,45. Même si l'alpha de Cronbach pour ce facteur est plutôt faible, il a été conservé afin de permettre le calcul de l'échelle globale de manière identique à l'échelle originale. Le score global de l'échelle, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les 22 énoncés varie de 1 à 5, (1) signifiant « des attitudes négatives face à son image corporelle » et (5) « des attitudes positives face à son image corporelle ». Sur cette échelle globale, composée de 22 énoncés, nous obtenons un alpha de Cronbach de 0,78, ce qui est semblable à la consistance interne de l'échelle globale originale.

4.3.1.2 L'intimité

L'intimité est évaluée à l'aide de l'échelle *Personal Assessment Intimacy in Relationship-Modified version* (PAIR-M, Thériault, 1998). Cette échelle de 24 énoncés, dont l'échelle de réponse varie de (1) « jamais » à (7) « toujours », a pour fonction de mesurer les capacités

individuelles d'intimité avec un(e) partenaire romantique. Selon l'auteure, cette échelle se divise en trois facteurs. Le premier, *crainte de l'intimité romantique en général*, inclut 13 énoncés et le second facteur, intitulé *crainte de l'intimité romantique sexuelle*, inclut 5 énoncés. Pour ces deux premiers facteurs, plus le score est élevé, plus forte est la crainte ou la peur de l'intimité romantique générale ou de l'intimité romantique sexuelle. Le troisième facteur, *intimité sociale* (rapport entre l'intimité de groupe et l'intimité de couple), contient 5 énoncés et son alpha de Cronbach est de 0,56. Trouvant que la consistance interne de ce facteur n'était pas assez élevée, l'auteure de l'échelle a choisi de laisser de côté les 5 énoncés qui le composaient. Rappelons que, pour ce facteur, plus le score est élevé, plus l'intimité sociale prend une place importante dans le couple comparativement à l'intimité romantique générale et l'intimité romantique sexuelle.

À noter que l'auteure de l'échelle a réduit à 23 le nombre d'énoncés de l'échelle PAIR-M (Thériault, 1998), car ses analyses factorielles montraient qu'un énoncé de l'échelle ne s'intégrait adéquatement dans aucun des facteurs créés.

En se basant sur les analyses factorielles réalisées dans la présente étude, il a aussi été convenu, comme pour les échelles précédentes, de conserver les deux facteurs déterminés par l'auteure. Les qualités métrologiques présentées plus bas proviennent donc des analyses de consistance interne réalisées à partir des facteurs originaux. Le facteur *crainte de l'intimité romantique en général* obtient un alpha de Cronbach de 0,74 et le second facteur, *crainte de l'intimité romantique sexuelle*, obtient un alpha de Cronbach de 0,63. Puisque le troisième facteur *intimité sociale* obtient un alpha de Cronbach de 0,51, ce dernier a été retiré des analyses ultérieures. L'échelle globale composée de 18 énoncés reçoit pour sa part un alpha de Cronbach de 0,79. Rappelons que ce score global, obtenu par le calcul de la moyenne des scores sur les 18 énoncés, varie de 1 à 7, (1) signifiant une « une faible crainte de l'intimité romantique globale (intimité générale et sexuelle) » et (7) une « une forte crainte de l'intimité romantique globale (intimité générale et sexuelle) ». En ce sens, un score élevé signifie que le participant a une forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle.

4.3.1.3 Variables liées à la lipodystrophie

Afin de répondre au premier objectif de cette étude, la *lipodystrophie* sera utilisée à titre de variable dépendante. Toutefois, il est à noter que pour l'atteinte des trois objectifs subséquents, la *lipodystrophie* devient une variable indépendante.

Lipodystrophie

Puisqu'aucune échelle satisfaisante n'existe pour évaluer la lipodystrophie auto-rapportée chez les personnes vivant avec le VIH, une échelle a été créée et mise en place dans le cadre de cette étude. Cette échelle de dix énoncés tient compte des dix parties du corps les plus couramment mentionnées lorsqu'il est question de la lipodystrophie. Ces parties du corps ont été sélectionnées à partir de l'analyse exhaustive des critères utilisés pour évaluer la prévalence de la lipodystrophie dans plus de 30 études. En s'attardant aux critères utilisés par ces études pour évaluer la présence de lipodystrophie, nous avons constaté que selon la partie du corps, la nature du changement (perte ou accumulation de tissus adipeux) est toujours la même. En ce sens, nous avons convenu que la lipodystrophie se présente sous forme de lipo-atrophie pour les yeux, les joues, les bras, les fesses, les cuisses et les mollets, alors que la lipo-hypertrophie touche la bosse de bison, le cou, les seins et le ventre.

Avant que les participants ne répondent aux questions de la section concernant la lipodystrophie, l'interviewer informe les participants de la définition de ce terme et mentionne que les parties du corps affectées peuvent présenter une perte ou une accumulation de tissus adipeux.

Suite à cette intervention des interviewers, les participants doivent dire si pour chaque partie du corps, ils ont observé des changements corporels liés à la lipodystrophie, depuis la prise de leur premier traitement antirétroviral (1 « non »; 2 « oui »). Si les participants ont répondu « oui », ils doivent aussi s'exprimer sur la nature du changement corporel, soit (1) « atrophie des tissus adipeux » ou (2) « accumulation des tissus adipeux », ce qui permet de différencier les personnes ayant observé une perte de graisse de celles qui ont observé une accumulation de graisse sur chacune des parties.

La variable *lipodystrophie* est une variable dichotomique qui distingue les personnes rapportant des changements corporels liés à la lipodystrophie des personnes qui rapportent ne pas avoir de changements liés à la lipodystrophie. Il s'agit d'une variable construite à partir de la présence de changement auto-rapporté par les participants sur au moins une des parties du corps mentionnées précédemment et de la justesse de la nature de ce changement sur la partie du corps. Par exemple, une personne qui rapporte des changements corporels aux joues doit aussi rapporter une perte de tissus adipeux. Dans le cas où cette personne rapporte une accumulation de graisse aux joues, cette réponse n'est pas retenue parmi les indices de la lipodystrophie. La variable *lipodystrophie* est donc une variable dichotomique où (0) absence de changement corporel (lipodystrophie) sur au moins une des parties du corps et (1) présence de changement corporel (lipodystrophie) sur au moins une des parties du corps.

Ampleur de la lipodystrophie

La variable *ampleur de la lipodystrophie* sert à déterminer l'ampleur de cette condition pour le participant, soit le nombre de parties du corps affectées. Il s'agit d'une variable continue, qui a été créée à partir de la somme des parties du corps affectées par la lipodystrophie tel que décrit précédemment et dont le score varie de (0) aucune partie du corps affectée à (10) toutes les parties du corps affectées.

Intervention chirurgicale

La variable *intervention chirurgicale* est une variable visant à distinguer les participants qui ont eu recours à des interventions médicales visant à corriger les signes de la lipodystrophie des personnes n'ayant pas eu recours à de telles interventions. À la fin de la section lipodystrophie, la question suivant était posée aux participants « Avez-vous déjà eu recours à des interventions médicales pour corriger les signes de la lipodystrophie? » Les participants devaient répondre (1) non ou (2) oui à cette question. Les réponses ont été recodées (0) non et (1) oui.

4.3.2 Variables indépendantes et de contrôle

4.3.2.1 Variables sociodémographiques et comportementales

Âge

L'*âge* est calculé à partir de la date de naissance des participants et de la date où ils complètent leur questionnaire. La variable *âge*, de nature continue, est aussi recodée en catégories pour créer une nouvelle variable par intervalle (0= moins de 45 ans; 1 = 45 ans et plus). L'âge de 45 ans a été choisi comme point de coupure puisqu'il s'agit de la médiane et qu'il permet une répartition égale des participants.

Scolarité

La *scolarité* est d'abord une variable ordinale à 25 catégories, qui a été scindée en deux catégories (0 = diplôme d'études secondaires ou moins; 1 = diplôme supérieur aux études secondaires). Cette variable distingue les personnes dont le niveau de scolarité s'arrête au diplôme d'études secondaires, des personnes qui ont un niveau de scolarité supérieur au diplôme d'études secondaires.

Revenu annuel

Le *revenu annuel* est une variable ordinale à 12 catégories, qui a été recodée en deux catégories (0 = revenu annuel de moins de 15 000\$; 1 = revenu annuel de 15 000\$ et plus), qui distinguent les participants qui rapportent un revenu annuel brut de moins de 15 000\$, de ceux qui rapportent un revenu annuel brut de 15 000\$ et plus.

Orientation sexuelle

L'*orientation sexuelle* est une variable nominale qui à l'origine, était composée des quatre catégories suivantes : hétérosexuel, homosexuel, bisexuel et bispirituel. Cette variable a été scindée en deux catégories (0 = hétérosexuel; 1 = homosexuel ou bisexuel) et les deux personnes qui faisaient parties de dernières catégories ont été retirées. Cette variable

distingue les hommes qui se disent d'orientation hétérosexuelle et les hommes qui se disent d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

4.3.2.2 Partenaire romantique ou amoureux (euse) à vie

La variable *partenaire romantique ou amoureux (euse) à vie* est une variable dichotomique (1 = non ; 2= oui) qui vise à distinguer les personnes ayant déjà eu un(e) partenaire romantique (amoureux/amoureuse) au cours de leur vie des personnes qui n'ont jamais eu de partenaire romantique (amoureux/amoureuse) au cours de leur vie. Cette variable a été recodée (0 = non ; 1 = oui).

En couple présentement

La variable *en couple présentement* est une variable à deux catégories (0= pas en couple présentement ; 1= en couple présentement) qui vise à distinguer les personnes ayant un(e) partenaire actuellement des personnes n'ayant pas de partenaire actuellement. Cette variable a été créée à partir de l'énoncé 30 de l'échelle Multidimensional Quality of Life Instrument for HIV (MQoL-HIV, Smith *et al.*, 1997). Pour cette question, uniquement les personnes ayant un(e) partenaire actuellement devaient répondre selon une échelle de réponse de 1 à 7. Les personnes qui n'avaient pas de partenaire actuellement étaient alors codés 8, c'est-à-dire « ne s'applique pas ». Les réponses à cette question ont été recodées de façon catégorielle où 8 est devenu (0 = pas de partenaire actuellement) et où 1 à 7 est devenu (1 = partenaire actuellement).

4.3.2.3 Utilisateur de drogues par injection (UDI) au cours des six derniers mois.

La variable *UDI six derniers mois* est une variable dichotomique (0 = non ; 1 = oui) qui vise à distinguer les personnes ayant fait usage de drogue par injection dans les six derniers mois précédant la passation du questionnaire des personnes n'ayant pas fait usage de drogue par injection. Elle a été construite à partir de trois questions à réponse catégorielle. À la question générale : « Dans les six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé ou utilisé les produits suivants ? », l'interviewer devait entourer, pour le participant, le chiffre

correspondant (0) : jamais ; (1) : moins d'une fois par semaine ; (2) : 1 à 3 fois par semaine ; (3) 4 à 6 fois par semaine ; (4) une fois par jour ; (5) plusieurs fois par jour. Si le participant a répondu (1) moins d'une fois par semaine ou plus (code : 1 à 5) à l'une ou l'autre des variables consommation de cocaïne par injection, de consommation d'héroïne par injection ou d'injection d'une autre drogue que la cocaïne ou l'héroïne, il est classé parmi les participants ayant fait usage de drogue par injection. Si le participant a répondu « jamais » à ces trois questions, il a alors été intégré au groupe de participants ne faisant pas usage de drogue par injection.

4.3.2.4 Variables liées au VIH et à la prise d'ARV

Nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité

Pour connaître le nombre d'années qui s'est écoulé depuis que les participants connaissent leur statut sérologique positif au VIH, la variable *nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité* a été construite. Il s'agit d'une variable continue calculée à partir de l'année où les participants ont connu leur diagnostic et de l'année où ils ont complété leur questionnaire.

Prise d'ARV actuelle

La variable *prise d'ARV actuelle* est une variable à deux catégories (1 = non ; 2 = oui), qui a été recodée (0 = non et 1= oui) et qui vise à distinguer les participants qui prennent actuellement des traitements antirétroviraux des participants étant actuellement en arrêt de traitement antirétroviral.

Nombre d'années depuis le premier ARV

La variable *nombre d'années depuis le premier ARV* permet de connaître le nombre d'années qui s'est écoulé depuis que le participant a commencé à prendre des ARV pour la première fois. Il s'agit d'une variable continue qui a été créée à partir de l'année de la prise du premier ARV et de l'année de passation du questionnaire.

4.4 ANALYSES

Dans la section qui précède, nous avons donné les résultats relatifs aux qualités métrologiques des échelles utilisées (consistance interne : alpha de Cronbach; validité de construit sur la base de diverses analyses factorielles). Dans la prochaine section, les résultats proviennent des analyses descriptives qui ont été réalisées afin de décrire l'échantillon de la présente étude. Selon la nature des variables, la fréquence, la moyenne, l'écart-type et la proportion, seront présentés. Pour répondre aux questions de recherche, des analyses bivariées (tests Khi-carrés, tests de t de Student, corrélations de Pearson) ainsi que des analyses multivariées (régression logistique et régression linéaire multiple en mode hiérarchique) ont été effectuées. Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin de mesurer les associations entre la lipodystrophie, les échelles globales, les sous-échelles et les différentes variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV. Toutes les variables statistiquement significatives lors des analyses bivariées ont été intégrées aux modèles multivariés. Pour l'occasion, un seuil de signification de $p < .10$ a été fixé comme critère d'inclusion pour les variables à introduire dans ces modèles (Hosmer et Lemeshow, 1989). Des analyses de régression linéaire multiple en mode hiérarchique ont été effectuées sur toutes les variables liées à la lipodystrophie, sur les échelles d'image corporelle et d'intimité romantique et sur leurs sous-échelles. Lors de la première étape du mode hiérarchique, uniquement la variable ampleur de la lipodystrophie a été intégrée au modèle. Puisqu'un plus grand nombre de variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV était associé à cette variable, elle a été retenue au détriment de la variable présence ou absence de lipodystrophie. Dans la seconde étape, pour être cohérents avec l'approche théorique développementale privilégiée, les variables âge et orientation sexuelle ont été intégrées aux modèles, mais cela uniquement si elles étaient significatives lors des analyses bivariées. À la troisième étape, les variables sociodémographiques et comportementales significatives en bivariées ont été ajoutées au modèle. La dernière étape a permis d'inclure les variables significatives liées au VIH et aux ARV. Toutes les analyses ont été accomplies à partir de la version 11.5 du logiciel Statistical Products and Service Solutions (SPSS).

4.5 CONTRÔLE DES BIAIS

En rapport avec une étude de nature corrélationnelle, différents biais affectant la validité interne et externe doivent être considérés. Au plan de la validité interne, une étude de telle nature implique des biais liés à la conformité entre l'approche théorique et les analyses statistique et des biais liés à l'administration du questionnaire (Contandriopoulos *et al.*, 1990). En ce qui concerne la validité externe, des biais liés au désir de plaire à l'interviewer, aux attentes de l'interviewer et à la sélection des sujets sont aussi à envisager (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Pour arriver à contrôler les biais susmentionnés, ou du moins à les réduire, différentes stratégies ont été déployées.

Pour limiter les biais liés à cette étude corrélationnelle, nous nous sommes assurés que la méthodologie de l'étude permettait une bonne validité interne en nous basant sur un modèle théorique qui est conforme aux approches statistiques retenues et en déterminant certaines variables qu'il était essentiel de considérer comme variables de contrôle. En effet, les conceptions théoriques et les questions de recherche à la base de cette étude sont appuyées par des études empiriques et théoriques reconnues et toutes les variables retenues et utilisées ont été sélectionnées sur la base de ces études empiriques et de ces conceptions théoriques.

Procéder à l'aide d'une entrevue dirigée permet que le questionnaire soit complété de façon adéquate, donc de favoriser une bonne validité interne. Bien que cette méthode facilite une meilleure compréhension pour le participant et favorise la nuance des réponses de ce dernier, elle implique un biais lié à l'administrateur. En effet, le participant pourrait être tenté de répondre selon un désir de correspondre à la désirabilité sociale. Pour limiter ce biais, les critères d'embauche des interviewers comprenaient une grande capacité d'empathie et une attitude de non-jugement. Une formation d'environ 30 heures a aussi été fournie à tous les interviewers de l'UQAM et des suivis individuels et de groupe ont été mis en place afin d'effectuer un suivi pour répondre aux questions des interviewers, discuter des difficultés vécues dans le cadre du travail et assurer une meilleure complétion des questionnaires. Les interviewers en milieux cliniques quant à eux ont tous été préalablement formés par l'établissement pour lequel ils travaillent. Pour chaque questionnaire de l'étude, l'ensemble des interviewers a aussi été rencontré individuellement ou en petit groupe, par le

coordonnateur de l'étude, pour s'assurer qu'ils comprenaient bien les questions et les différents concepts abordés.

Pour assurer une bonne compréhension du concept de lipodystrophie chez tous les interviewers et tous les participants, la définition de cette condition, formulée par la chercheuse, a été présentée au coordonnateur de l'étude. Par la suite, ce dernier a présenté cette définition à tous les interviewers. Dans le questionnaire, en préambule aux questions portant sur la lipodystrophie, une définition simplifiée de cette condition était aussi présentée aux participants. Cette façon de procéder a permis de mieux différencier les participants rapportant des changements corporels liés à la lipodystrophie et ceux qui ne rapportent pas de changements corporels liés à cette condition et par conséquent, de contrôler le biais liés à la sélection des sujets dont le corps est lipodystrophie.

4.6 CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES

Le présent projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Laval. Le formulaire de consentement est présenté à l'appendice A. Le projet a également été soumis et approuvé par les comités d'éthique des centres cliniques partenaires (appendice B). La participation des hommes vivant avec le VIH à l'étude s'est faite sur une base entièrement volontaire sans qu'aucune pression ne soit exercée sur eux et dès le départ, les hommes savaient qu'ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps, sans qu'aucun préjudice ne leur soit porté.

Les PVVIH recevaient des informations verbales ainsi qu'un dépliant explicatif quant aux objectifs de l'étude et à ses implications en termes de confidentialité et d'anonymat, de contraintes de temps et d'assiduité. À la première rencontre, l'explication du projet était répétée et la compréhension du consentement libre et éclairé était vérifiée à nouveau. Les stratégies de rappel étaient déterminées avec le participant, dans le respect de ses exigences. Les informations recueillies par l'interviewer étaient strictement confidentielles, ce dernier ayant signé une entente de confidentialité au moment de sa formation. Les données recueillies étaient anonymes. Seul un code recomposable et non nominal était inscrit sur le questionnaire. Au site de l'UQAM, aucune liste ne permettait de jumeler le participant à son code d'étude. En milieu clinique, seul l'interviewer avait en sa possession une liste

indépendante faisant l'adéquation entre le code du participant et le numéro de son dossier médical. Cette liste était conservée sous clé au site de collecte de données. Le participant recevait une compensation de 20,00\$ par rencontre (gardiennage, déplacement, etc.).

En cas d'inquiétudes, questions ou plaintes soulevées par la participation à l'étude, le participant pouvait s'adresser aux chercheurs principaux (Otis et Godin) ou au coordonnateur de l'étude. Au besoin, il avait aussi accès à des ressources psychosociales, déjà en place et averties en milieux cliniques ou à la clinique du Quartier latin (près de l'UQAM), si le participant avait été recruté par le biais d'activités promotionnelles et n'avait aucun lien avec les cliniques participantes.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats découlant des questions de recherche posées précédemment. Dans un premier temps, à la section 5.1, une description détaillée de l'échantillon sera faite. Par la suite, à la section 5.2, afin de déterminer les différentes associations entre la lipodystrophie et l'image corporelle ainsi qu'entre la lipodystrophie et l'intimité romantique chez les participants de l'étude, les résultats des analyses bivariées seront présentés. Afin de mieux cerner les associations entre (1) la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique et (2) les variables « orientation sexuelle » et « âge » des participants, ces variables feront l'objet de paragraphes distincts. Finalement, à la section 5.3, divers modèles multivariés seront présentés afin de déterminer l'importance relative de la variable lipodystrophie, comparativement aux autres variables utilisées dans le cadre de cette étude, lorsqu'il est question d'image corporelle et d'intimité.

5.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

La section qui suit présente les résultats descriptifs de toutes les variables utilisées dans le cadre de cette étude et permet d'exposer de façon globale, le portrait des hommes vivant avec le VIH de la présente étude.

5.1.1 Variables sociodémographiques et comportementales

L'échantillon de cette étude est composé de 388 hommes vivant avec le VIH et ayant déjà pris des ARV au cours de leur vie. La moyenne d'âge des individus est de 46,5 ans (écart-type = 8,8 ans; étendue = 22-75 ans) et près de la moitié (44,1%) ont moins de 45 ans. Alors que la majorité des participants (72,3%) se disent d'orientation d'homosexuelle ou bisexuelle, moins du tiers (27,7%) se disent d'orientation hétérosexuelle. Par ailleurs, la moitié (49,6%)

des participants a dit avoir un diplôme supérieur au secondaire 5, plus du tiers (38,3%) ont dit posséder un emploi et près de la moitié (45,2%) ont déclaré avoir un revenu annuel égal ou supérieur à 15 000\$. Presque tous les participants (95,9%) ont dit avoir déjà eu une relation romantique ou amoureuse au cours de leur vie et le tiers (29,9%) sont en couple présentement. Enfin, dans les six derniers mois, 4,1% des participants ont déclaré avoir fait usage de drogues par injection (Tableau 5.1).

Tableau 5.1
Profil sociodémographique et comportemental des participants (n=388)

Variables		Catégories	Total (n= 388)
Âge moyen	M (E.T.)		46,5 ans (± 8,8 ans)
Âge à deux catégories	(%) (%)	< 45 ans ≥ 45 ans	44,1 55,9
Orientation sexuelle	(%)	Hétérosexuel Homosexuel et bisexuel	27,7 72,3
Scolarité	(%)	> 5 ^e secondaire	49,6
Emploi	(%)	Oui	38,3
Revenu annuel	(%)	≥ 15 000\$	45,2
Relation romantique (amoureuse) à vie	(%)	Oui	95,9
En couple présentement	(%)	Oui	29,9
UDI 6 derniers mois	(%)	Oui	4,1

(M) = Moyenne

(E.T.) = écart-type

UDI = Utilisateur de drogue par injection

5.1.2 Trajectoire avec le VIH et avec les ARV

Les participants rapportent avoir connu leur diagnostic de séropositivité au VIH il y a, en moyenne, 11,2 ans (écart-type = 5,8 ans; étendue = 0-24 ans). La majorité des participants (86,1%) sont actuellement sous ARV et quelques uns (13,9%) sont présentement en arrêt de

traitement. Pour l'ensemble des participants, le nombre d'années moyen depuis la prise de leur 1^{er} ARV est de 8,2 ans (écart-type = 4,4 ans; étendue = 0-21 ans) (Tableau 5.2).

Tableau 5.2
Trajectoire avec le VIH et les ARV (n=388)

Variables		Catégories	Total (n= 388)
Nb d'années depuis le diagnostic de VIH	M (E.T.)		11,2 ans (\pm 5,8 ans)
Prise d'ARV actuellement	(%)	Oui	86,1
Arrêt d'ARV actuellement	(%)	Oui	13,9
Nb d'années depuis la prise du 1 ^{er} ARV	M (E.T.)		8,2 ans (\pm 4,4 ans)

(M) = Moyenne
(E.T.) = écart-type
Nb = Nombre

5.1.3 Prévalence de la lipodystrophie

Dans un premier temps, on note que parmi tous les participants, 63,1% rapportent au moins un changement corporel lié à la lipodystrophie. Parmi ceux-ci, 12,6% disent avoir déjà eu recours à des interventions médicales pour corriger les signes de cette condition. Les cinq changements les plus fréquemment mentionnés par les participants qui disent faire de la lipodystrophie sont la lipo-atrophie des joues (76,7%), la lipo-atrophie des fesses (64,1%), la lipo-atrophie des cuisses (51,0%), la lipo-hypertrophie du ventre (48,6%) et la lipo-atrophie des bras (45,7%). Les cinq changements les moins fréquemment rapportés sont la lipo-atrophie des mollets (35,5%), la lipo-atrophie des yeux (25,3%), l'apparition d'une bosse de bison (12,7%), la lipo-hypertrophie des seins (12,2%) et l'augmentation de la circonférence du cou (6,1%) (Figure 5.1). Par ailleurs, ces mêmes participants disent avoir, en moyenne, 3,8 parties du corps touchées par cette condition (écart-type= 2,01; étendue = 1-9).

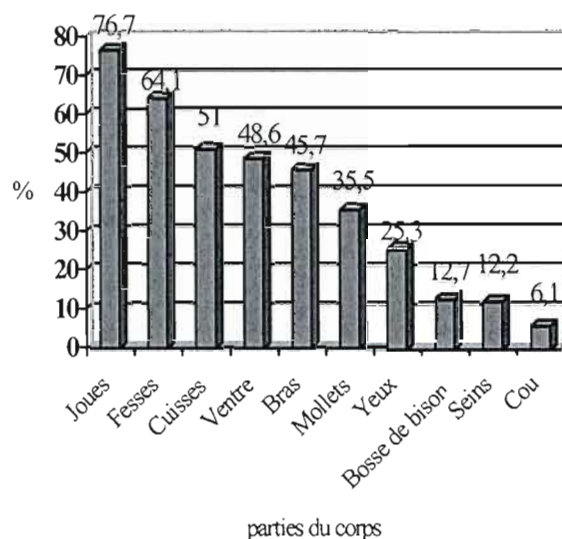


Figure 5.1 Prévalence des changements corporels associées à la lipodystrophie (n=245)

5.1.4 Expérience en lien avec l'image corporelle

a) Image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life Instrument for HIV*

Le score global obtenu par les participants sur le WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) est de $3,88 (\pm 0,82)$, sur une échelle dont le score varie de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle ». Ce résultat signifie que les participants ont une perception plutôt positive de leur corps. Au facteur *physical appearance*, les participants ont obtenu un score moyen de $3,72 (\pm 0,87)$, ce qui signifie qu'ils sont plutôt satisfaits de leur apparence physique. Finalement, le score moyen obtenu par les participants au facteur *body image and appearance of PLWA* est de $4,04 (\pm 0,92)$. Ce score signifie qu'en tenant compte du VIH, les hommes de l'échantillon perçoivent leur image corporelle et leur apparence corporelle comme étant plutôt satisfaisantes (Figure 5.2).

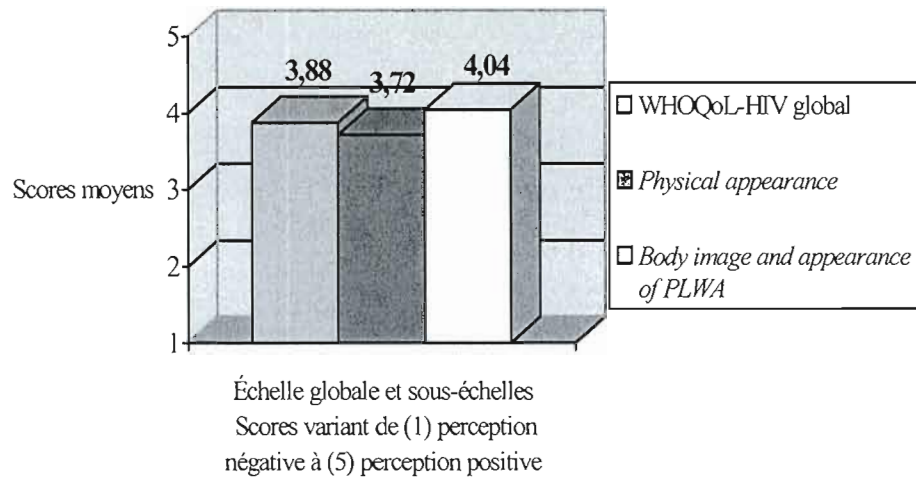


Figure 5.2 Scores moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003)

b) Image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales*

Pour l'échelle MBSRQ-AS (Cash, 2000), le score global est de 3,12 ($\pm 0,47$), sur une échelle dont le score varie de (1) « attitude négative face à son image corporelle » à (5) « attitude positive face à son image corporelle ». Ceci signifie que les participants qualifient leur image corporelle comme étant plutôt bonne. Pour ces mêmes participants, l'évaluation de leur propre apparence physique *appearance evaluation* est qualifiée de plutôt satisfaisante ($M \pm E.T. : 3,50 \pm 0,76$). Le facteur *appearance orientation* (bien paraître et passer du temps à s'occuper de son corps) est considéré comme une dimension plutôt importante ($M \pm E.T. : 3,36 \pm 0,70$). En ce qui concerne les préoccupations face à un surplus de poids *overweight preoccupation*, les participants semblent être peu à moyennement préoccupés et s'engagent peu à moyennement dans des diètes ou des restrictions alimentaires ($M \pm E.T. : 2,49 \pm 0,99$) (Figure 5.3).

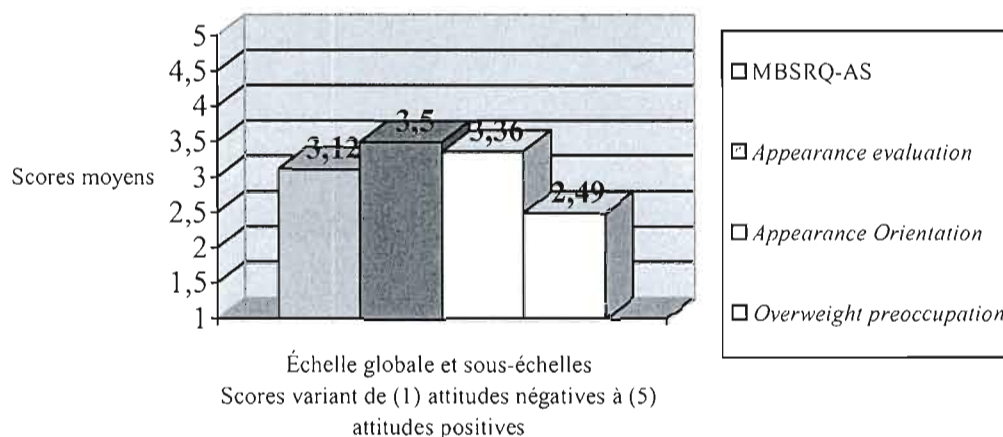


Figure 5.3 Scores moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du MBSRQ-AS (Cash, 2000)

5.1.4 Expérience en lien avec l'intimité romantique

Rappelons que le score de l'échelle *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* (PAIR-M, Thériault, 1998) varie de (1) « faible crainte face à l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte face à l'intimité romantique générale et sexuelle ». En se basant sur le score global de cette échelle qui est de 3,12, les résultats obtenus indiquent que les participants semblent vivre avec peu de craintes face à l'intimité romantique globale (intimité générale et intimité sexuelle) ($M \pm E.T. : 2,54 \pm 0,66$). Plus précisément, les participants éprouvent une faible crainte face à l'intimité romantique en général ($M \pm E.T. : 2,61 \pm 0,65$) et face à l'intimité romantique sexuelle ($M \pm E.T. : 2,48 \pm 0,89$) (Figure 5.4).

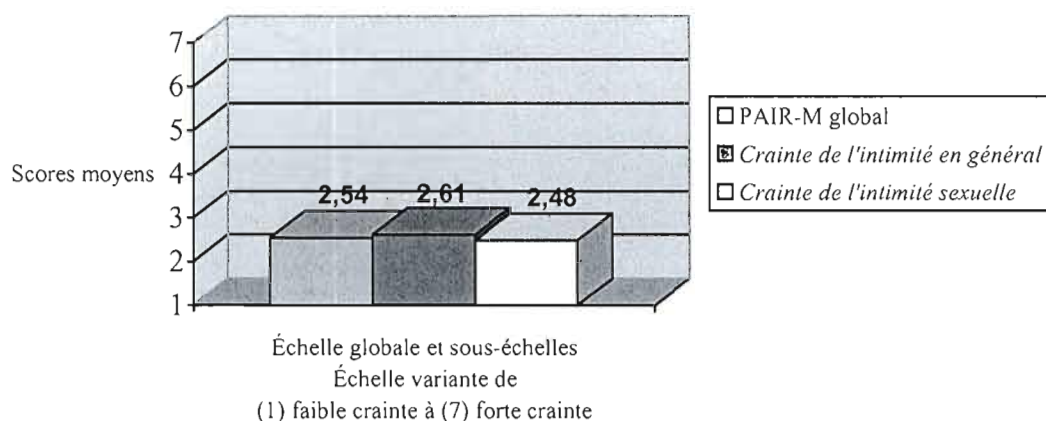


Figure 5.4 Scores moyens obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles du PAIR-M (Thériault, 1998)

5.2 RÉSULTATS DES ANALYSES BIVARIÉES

Au cours des prochaines sections, les résultats des diverses analyses bivariées seront présentés. Ces résultats serviront à identifier dans un premier temps, les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à la lipodystrophie. Ensuite, les associations entre ces mêmes variables et l'image corporelle seront exposées. Cette section se termine avec la présentation des résultats des associations entre ces variables et l'intimité romantique.

5.2.1 Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à la lipodystrophie

Cette section fait état des différentes associations entre la lipodystrophie et les variables indépendantes et de contrôle retenues. Dans chacune des sous-sections, les associations entre la présence et l'absence de lipodystrophie et les différentes variables seront d'abord exposées. Ensuite, les associations entre le nombre de parties du corps qui présentent des changements corporels (donc l'ampleur de la lipodystrophie) et les mêmes variables seront présentées.

Compte tenu des perspectives théoriques adoptées et de la volonté de faire ressortir davantage les résultats selon l'âge et l'orientation sexuelle des participants, les résultats concernant ces deux variables seront abordés dans des sections indépendantes de ceux relatifs aux autres variables sociodémographiques et comportementales.

5.2.1.1 Variables sociodémographiques et comportementales associées à la lipodystrophie

Au tableau 5.3, les résultats obtenus suite aux tests Khi-carrés montrent que les participants qui disent faire de la lipodystrophie sont proportionnellement plus nombreux à avoir un diplôme supérieur au secondaire 5 que les autres (54,5% vs 41,3%; $p = 0,01$). En lien avec l'ampleur de la lipodystrophie, les résultats du test de t de Student indiquent aussi que les participants ayant un niveau de scolarité plus élevé que le 5^{ème} secondaire rapportent un nombre significativement plus grand de parties du corps affectées, comparativement à ceux ayant un diplôme scolaire égal ou inférieur au 5^{ème} secondaire (M : 2,76 vs 1,99 parties du corps; $p=0,002$).

Peu importe la façon dont la lipodystrophie est mesurée (présence/absence ou ampleur), aucune différence significative n'est observée entre les hommes qui font de la lipodystrophie et les autres par rapport aux caractéristiques suivantes : le revenu annuel, l'emploi, avoir eu au moins une relation romantique (amoureuse) à vie, être en couple présentement, avoir été utilisateur de drogue par injection au cours des six derniers mois (Tableau 5.3).

Tableau 5.3
Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et les variables sociodémographiques et comportementales
(n=388)

Variables	Catégories	Lipodystrophie		<i>p</i>	Ampleur de la lipodystrophie		<i>p</i>
		Absence (n= 143)	Présence (n=245)				
Scolarité	%	≤ 5 ^e sec.	58,7	0,01	M (E.T.)	1,99 (2,30)	0,002
		> 5 ^e sec.	41,3			2,76 (2,50)	
Emploi	%	Non	58,5	ns	M (E.T.)	2,33 (2,33)	ns
		Oui	41,5			2,49 (2,57)	
Revenu annuel	%	< 15 000\$	56,8	ns	M (E.T.)	2,29 (2,34)	ns
		≥ 15 000\$	43,2			2,49 (2,51)	
Relation romantique (amoureuse) à vie	%	Non	2,8	ns	M (E.T.)	2,56 (1,93)	ns
		Oui	97,2			2,38 (2,45)	
En couple présentement	%	Non	72,0	ns	M (E.T.)	2,33 (2,39)	ns
		Oui	28,0			2,53 (2,49)	
UDI 6 derniers mois	%	Non	95,8	ns	M (E.T.)	2,39 (2,41)	ns
		Oui	4,2			2,25 (2,70)	

M= Moyenne

E.T. = écart-type

5.2.1.2 Variables liées au VIH et à la prise d'ARV associées à la lipodystrophie

Tel que présenté au tableau 5.4, sur le plan de la trajectoire avec le VIH et de ses traitements, les personnes qui rapportent faire de la lipodystrophie ont reçu leur diagnostic de séropositivité il y a plus longtemps ($M : 12,3$ vs $9,4$ ans; $p = 0,0001$) et ont commencé à prendre des ARV depuis un plus grand nombre d'années que les personnes qui disent ne pas faire de lipodystrophie ($M : 9,1$ vs $6,7$ ans; $p = 0,0001$). Par contre, les participants qui rapportent des changements corporels liés à la lipodystrophie ne se distinguent pas quant au fait de prendre actuellement des ARV ou non.

Lorsque l'ampleur de la lipodystrophie est considérée plutôt que sa présence, les mêmes associations sont observées. Les résultats présentés au tableau 5.4 montrent une association significative entre un plus grand nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie et (1) un plus grand nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité ($r = 0,31$; $p=0,01$) et (2) un plus grand nombre d'années depuis le 1^{er} ARV ($r = 0,29$; $p=0,01$). L'ampleur de la lipodystrophie ne semble toutefois pas être en lien le fait de prendre actuellement des ARV ou non.

Tableau 5.4
Associations entre la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et les variables liées au VIH et à la prise de traitements antirétroviraux (n=388)

Variables	Catégories	Lipodystrophie		<i>p</i>	Ampleur de la lipodystrophie		<i>p</i>
		Absence (n= 143)	Présence (n=245)				
Nb d'années depuis le diagnostic de VIH	M (E.T.)	9,4 ans (± 6,0 ans)	12,3 ans (± 5,3 ans)	0,0001	r	0,31	0,01
Prise d'ARV actuellement	(%)			ns	M (E.T.)		ns
	Non	17,5	11,8			2,11 (2,42)	
	Oui	82,5	88,2			2,43 (2,42)	
Nb d'années depuis la prise du 1 ^{er} ARV	M (E.T.)	6,7 ans (± 4,5 ans)	9,1 ans (± 4,2 ans)	0,0001	r	0,29	0,01

M= Moyenne

E.T. = écart-type

r = coefficient de corrélation de Pearson

5.2.1.3 Image corporelle et lipodystrophie

- a) Associations entre l'image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life* et la lipodystrophie

Rappelons que pour le *World Health Organisation's Quality of Life* (O'Connell *et al.*, 2003), les scores de l'échelle globale et de ses sous-échelles varient de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle ». De façon globale, il semble que les participants qui font de la lipodystrophie ont une perception moins favorable de leur corps que ceux qui disent ne pas en faire (score moyen : 3,67 vs 4,23; $p=0,0001$). Plus précisément, les résultats indiquent qu'il y a des différences significatives à tous les niveaux. En effet, il semble que les participants qui rapportent des changements corporels liés à la lipodystrophie obtiennent un score moyen plus faible sur le facteur *physical appearance* (score moyen : 3,53 vs 4,06; $p=0,0001$) et sur le facteur *body image and appearance of PLWA* (score moyen : 3,83 vs 4,42; $p=0,0001$) comparativement aux hommes qui disent ne pas en faire (Tableau 5.5). Ceci veut dire que les hommes qui rapportent de la lipodystrophie ont une perception moins positive de leur apparence physique en général et de leur image corporelle, même en tenant compte de l'infection au VIH et de ses réalités.

De la même façon, par rapport à l'ampleur de la lipodystrophie, il est possible de constater que les personnes qui rapportent un nombre plus élevé de parties du corps affectées par la lipodystrophie ont une perception de leur image corporelle qui est significativement plus négative ($r = -0,39$; $p=0,01$). Les résultats montrent aussi une association significative entre un nombre plus élevé de parties du corps affectées par la lipodystrophie et un score moyen plus faible sur le facteur *physical appearance* ($r = -0,33$; $p=0,01$) et sur le facteur *body image and appearance of PLWA* ($r = -0,38$; $p=0,01$) (Tableau 5.5).

Tableau 5.5
Associations entre la satisfaction face à l'image corporelle mesurée par l'échelle *World Health Organisation's Quality of Life Instrument for HIV* (WHOQoL-HIV) et la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) (n=388)

Variables		Lipodystrophie		p		Ampleur de la lipodystrophie		p
		Absence (n=143)	Présence (n=245)					
WHOQoL-HIV global	M (E.T.)	4,23 (0,61)	3,67 (0,85)	0,0001	r	-0,39		0,01
• <i>Physical appearance</i>	M (E.T.)	4,03 (0,77)	3,53 (0,88)	0,0001	r	-0,33		0,01
• <i>Body image and appearance of PLWA</i>	M (E.T.)	4,43 (0,64)	3,81 (0,98)	0,0001	r	-0,38		0,01

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle »

b) Associations entre l'image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self-Relation Questionnaire-Additional Sub-scales* et la lipodystrophie

Au tableau 5.6 sont présentés les résultats en lien avec la lipodystrophie et l'échelle d'image corporelle MBSRQ-AS de Cash (2000) et ses sous-échelles, dont les scores varient de (1) « attitudes négatives face à son image corporelle » à (5) « attitudes positives face à son image corporelle ». Il est possible de constater que les personnes qui rapportent des changements corporels en lien avec la lipodystrophie obtiennent un score moyen plus faible sur le facteur *appearance evaluation*, que les personnes qui ne rapportent pas ces changements corporels (score moyen : 3,36 vs 3,74 ; $p=0,0001$) et un score moyen plus élevé sur le facteur *overweight preoccupation* que les personnes qui disent ne pas faire de lipodystrophie (score moyen : 2,56 vs 2,37 ; $p=0,04$). Toutefois, les personnes qui disent faire de la lipodystrophie ne se distinguent pas des autres quant à l'échelle globale et au fait d'adopter des comportements visant l'amélioration de leur apparence physique (facteur *appearance orientation*) (Tableau 5.6).

Les résultats présentés au tableau 5.6 ne n'illustrent aucune association significative entre le nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie (ampleur) et l'échelle globale du

MBSRQ-AS (Cash, 2000). En revanche, il semble qu'une plus grande ampleur de la lipodystrophie soit associée significativement à un score moyen plus faible sur le facteur *appearance evaluation* ($r = -0,31$; $p = 0,01$). Par ailleurs, l'ampleur de cette condition est en lien avec un score moyen plus élevé sur le facteur *overweight preoccupation* ($r = 0,13$; $p = 0,01$). Somme toute, peu importe la mesure utilisée (présence /absence ou ampleur de la lipodystrophie), les résultats obtenus quant aux associations entre l'échelle globale, les sous-échelles du MBSRQ-AS (Cash, 2000) et la lipodystrophie sont identiques.

Tableau 5.6
Associations entre la satisfaction face à l'image corporelle mesurée par l'échelle *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Additional Subscales* (MBSRQ-AS) et la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) (n=388)

Variables		Lipodystrophie		<i>p</i>		Ampleur de la lipodystrophie	<i>p</i>
		Absence (n=143)	Présence (n=245)				
MBSRQ-AS global	M (E.T.)	3,14 (0,51)	3,11 (0,44)	ns	r	-0,52	ns
• <i>Appearance Evaluation</i>	M (E.T.)	3,75 (0,69)	3,35 (0,77)	0,0001	r	-0,31	0,01
• <i>Appearance Orientation</i>	M (E.T.)	3,29 (0,77)	3,40 (0,65)	ns	r	0,06	ns
• <i>Overweight Preoccupation</i>	M (E.T.)	2,37 (0,91)	2,56 (0,87)	0,04	r	0,13	0,01

M= Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « attitudes négatives face à son image corporelle » à (5) « attitudes positives face à son image corporelle »

5.2.1.4 Associations entre l'intimité romantique mesurée par le *Personnal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* et la lipodystrophie

Pour le *Personnal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* (PAIR-M, Thériault, 1998) et ses sous-échelle, les scores varient de (1) « faible crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle ».

Au plan de l'intimité, les résultats présentés au tableau 5.7 suggèrent que les participants qui disent faire de la lipodystrophie présentent un niveau de crainte face à l'intimité romantique globale (intimité générale et intimité sexuelle) qui est plus élevé que les autres participants (PAIR-M global) (score moyen : 2,63 vs 2,39; $p=0,001$). Plus particulièrement, ces mêmes participants semblent maintenir une plus grande crainte entre eux et leur partenaire romantique au plan de l'intimité en général (score moyen 2,70 vs 2,45; $p=0,0001$) et au plan de l'intimité romantique sexuelle (score moyen 2,56 vs 2,34; $p=0,02$) que les participants qui disent ne pas faire de lipodystrophie.

En ce qui concerne la présence d'association significative entre l'ampleur de la lipodystrophie et les différentes échelles du PAIR-M (Thériault, 1998), on remarque qu'un nombre plus élevé de parties du corps affectées par la lipodystrophie est associé à une plus forte crainte de l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) ($r = 0,12$; $p=0,05$). Les résultats semblent aussi montrer qu'un plus grand nombre de parties du corps lipodystrophiées est associé de façon significative à une plus forte crainte de l'intimité romantique en général ($r = 0,14$; $p=0,01$), mais non à la crainte de l'intimité romantique sexuelle (Tableau 5.7).

Tableau 5.7
Associations entre la crainte face à l'intimité romantique mesurée par l'échelle *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* et la lipodystrophie (présence ou absence et ampleur) et ($n=373$)

Variables		Lipodystrophie		p		Ampleur de la lipodystrophie	p
		Absence ($n=143$)	Présence ($n=245$)				
PAIR-M global	M (E.T.)	2,39 (0,61)	2,63 (0,67)	0,001	r	0,12	0,05
• Crainte de l'intimité romantique en général	M (E.T.)	2,45 (0,61)	2,70 (0,65)	0,0001	r	0,14	0,01
• Crainte de l'intimité romantique sexuelle	M (E.T.)	2,34 (0,82)	2,56 (0,91)	0,02	r	0,08	Ns

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « faible crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle »

5.2.2 Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à l'image corporelle

a) Image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life Instrument*

Les résultats des associations entre l'échelle et les sous-échelles du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) et les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV sont exposés au Tableau 5.8. Mentionnons toutefois qu'il y a peu d'associations significatives entre l'échelle globale, ses sous-échelles et les variables explorées.

En se basant sur ces résultats, il semble que les hommes de l'échantillon qui disent avoir un diplôme inférieur ou égal au cinquième secondaire ont une perception plus positive de leur image corporelle que les hommes qui ont un diplôme supérieur au cinquième secondaire (score moyen : 4,00 vs 3,77 ; $p \leq 0,01$). Puis, ceux qui rapportent un diplôme inférieur ou égal au cinquième secondaire, obtiennent un score moyen plus élevé sur les facteurs *physical appearance* (score moyen : 3,85 vs 3,60 ; $p \leq 0,01$) et *body image and appearance of PLWA* (Score moyen : 4,16 vs 3,96 ; $p \leq 0,05$) que ceux qui possèdent un diplôme supérieur au cinquième secondaire. Par ailleurs, les participants qui possèdent un emploi ont une perception plus positive de leur image corporelle que les hommes qui ne possèdent pas d'emploi (score moyen : 4,03 vs 3,79 ; $p \leq 0,01$). Ces mêmes hommes obtiennent un score moyen plus élevé sur les facteurs *physical appearance* (score moyen : 3,86 vs 3,63 ; $p \leq 0,01$) et *body image and appearance of PLWA* (score moyen : 4,19 vs 3,96 ; $p \leq 0,01$) que ceux qui ne possèdent pas d'emploi.

Les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV suivantes ne semblent toutefois pas être associées avec l'échelle globale et les sous-échelles du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) : le revenu annuel, le fait d'avoir eu une relation romantique ou amoureuse au cours de sa vie, d'être présentement en couple, d'avoir fait usage de drogue par injection au cours des six derniers mois, le nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité, le fait de prendre ou non des ARV présentement et le nombre d'années depuis le 1^{er} traitement antirétroviral (Tableau 5.8).

Tableau 5.8
Associations entre les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV et l'image corporelle mesurée par le WHOQoL-HIV (n=388)

Variables		Catégories	WHOQoL-HIV	Physical Appearance	Body image and appearance of PLWA
Scolarité	M (E.T.)	≤ 5 ^e sec.	4,00 (0,80)**	3,85 (0,89)**	4,16 (0,87)*
		> 5 ^e sec.	3,77 (0,82)	3,60 (0,84)	3,93 (0,94)
Emploi	M (E.T.)	Non	3,79 (0,84)**	3,63 (0,88) **	3,96 (0,96) **
		Oui	4,03 (0,77)	3,86 (0,84)	4,19 (0,82)
Revenu annuel	M (E.T.)	< 15 000\$	3,82 (0,80)	0,65(0,86)	4,00 (0,91)
		≥ 15 000\$	3,94 (0,85)	3,79 (0,89)	4,09 (0,94)
Relation érotique ou amoureuse à vie	M (E.T.)	Non	3,92 (0,75)	3,78 (0,80)	4,06 (0,83)
		Oui	3,88 (0,82)	3,72 (0,88)	4,04 (0,92)
En couple présentement	M (E.T.)	Non	3,86 (0,85)	3,70 (0,88)	4,01 (0,96)
		Oui	3,77 (0,75)	3,75 (0,85)	4,12 (0,80)
UDI dans les 6 derniers mois	M (E.T.)	Non	3,87 (0,88)	3,70 (0,87)	4,03 (0,93)
		Oui	4,18 (0,56)	4,08 (0,84)	4,29 (0,51)
Nb d'années depuis le diagnostic de VIH	r		-0,08	-0,06	-0,09
Prise de ARV actuellement	M (E.T.)	Non	3,89 (0,81)	3,66 (0,96)	4,12 (0,93)
		Oui	3,88 (0,82)	3,73 (0,86)	4,03 (0,83)
Nb d'années depuis le 1 ^{er} ARV	r		-0,03	-0,04	-0,02

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle »

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

b) Image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales*

Dans l'ensemble, les résultats présentés au tableau 5.9 montrent peu d'associations significatives entre l'image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales* (MBSRQ-AS, Cash, 2000) et les variables sélectionnées. À cet effet, la seule association significative suggère que les participants dont le niveau de scolarité est inférieur ou égal au diplôme de secondaire 5 obtiennent un score significativement plus élevé sur le facteur *appearance évaluation* que les participants dont le niveau de scolarité est supérieur au diplôme de secondaire 5 (score moyen : 3,60 vs 3,41 ; $p \leq 0,05$).

Les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV suivantes ne semblent pas être en lien avec l'échelle globale et les sous-échelles du MBSRQ-AS (Cash, 2000) : le revenu annuel, le fait d'avoir un emploi, le fait d'avoir eu une relation romantique ou amoureuse au cours de sa vie, d'être présentement en couple, d'avoir fait usage de drogue par injection au cours des six derniers mois, le nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité, le fait de prendre actuellement des ARV et le nombre d'années depuis la prise du 1^{er} traitement antirétroviral (Tableau 5.9).

Tableau 5.9
Associations entre les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV et l'image corporelle mesurée par le MBSRQ-AS (n= 388)

Variables		Catégories	MBSRQ-AS	<i>Appearance Evaluation</i>	<i>Appearance Orientation</i>	<i>Overweight Preoccupation</i>
Scolarité	M (E.T.)	≤ 5 ^e sec.	3,11 (0,49)	3,60 (0,78)*	3,34 (0,72)	2,41 (0,49)
		> 5 ^e sec.	3,12 (0,44)	3,41 (0,72)	3,38 (0,68)	2,58(0,44)
Emploi	M (E.T.)	Non	3,10 (0,45)	3,45 (0,76)	3,37 (0,66)	2,47 (0,87)
		Oui	3,14 (0,48)	3,58 (0,77)	3,33 (0,75)	2,51 (0,90)
Revenu annuel	M (E.T.)	< 15 000\$	3,12 (0,45)	3,45 (0,76)	3,37 (0,66)	2,55 (0,89)
		≥ 15 000\$	3,12 (0,47)	3,57 (0,77)	3,36 (0,69)	2,44 (0,87)
Relation romantique à vie	M (E.T.)	Non	3,08 (0,51)	3,33 (0,75)	3,21 (0,79)	2,69 (0,79)
		Oui	3,12 (0,46)	3,51 (0,76)	3,36 (0,69)	2,48 (0,89)
En couple présentement	M (E.T.)	Non	3,11 (0,47)	3,50 (0,75)	3,37 (0,70)	2,48 (0,87)
		Oui	3,12 (0,47)	3,50 (0,79)	3,33 (0,69)	2,53 (0,92)
UDI dans les 6 derniers mois	M (E.T.)	Non	3,12 (0,46)	3,49 (0,77)	3,37 (0,68)	2,51 (0,89)
		Oui	2,94 (0,59)	3,56 (0,73)	3,10 (0,93)	2,17 (0,74)
Nb d'années depuis le diagnostic de VIH	r		-0,04	-0,06	-0,02	0,000
Prise d'ARV actuellement	M (E.T.)	Non	3,47 (0,84)	3,36 (0,67)	2,51 (0,96)	3,11 (0,51)
		Oui	3,50 (0,75)	3,36 (0,84)	2,49 (0,87)	3,12 (0,46)
Nd d'années depuis le 1 ^{er} ARV	r		-0,01	-0,001	0,04	-0,04

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « attitudes négatives face à son image corporelle » à (5) « attitudes positives face à son image corporelle »

* $p \leq 0,05$

5.2.3 Variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV associées à l'intimité romantique

À l'instar des échelles et des sous-échelles précédentes, il y a très peu d'associations significatives entre l'échelle *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* (PAIR-M, Thériault, 1998) et les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV utilisées dans le cadre de cette recherche.

Tel que présenté au tableau 5.10, les hommes qui ne possèdent pas d'emploi sont plus craintifs face à l'intimité romantique en général et l'intimité romantique sexuelle que les hommes qui occupent un emploi (score moyen : 2,61 vs 2,43 ; $p \leq 0,05$). Des résultats significatifs sont aussi observés sur chacune des sous-échelles. Ainsi, les hommes qui ne possèdent pas d'emploi semblent aussi être plus craintifs face à l'intimité en général (score moyen : 2,67 vs 2,51 ; $p \leq 0,05$) et plus craintifs face à l'intimité romantique sexuelle (score moyen : 2,55 vs 2,36 ; $p \leq 0,05$). D'autre part, même si les résultats montrent aucune association significative entre l'échelle globale et le revenu annuel, les hommes dont le revenu annuel est inférieur à 15 000\$ sont plus craintifs face à l'intimité en général que les hommes dont le revenu annuel est égal ou supérieur à 15 000\$ (Score moyen : 2,68 vs 2,52 ; $p \leq 0,05$). Finalement, les participants qui sont en couple présentement semblent être plus craintifs face à l'intimité romantique sexuelle que les personnes qui ne sont pas en couple (score moyen : 2,62 vs 2,42 ; $p \leq 0,05$) (Tableau 5.10).

Les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV suivantes ne semblent pas être en lien avec l'échelle globale et les sous-échelles du PAIR-M (Thériault, 1998) : le niveau de scolarité, le fait d'avoir fait usage de drogue par injection au cours des six derniers mois, le nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité, le fait de prendre actuellement des ARV et le nombre d'années depuis la prise du 1^{er} traitement antirétroviral (Tableau 5.10).

Tableau 5.10
Associations entre les variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV et l'intimité romantique mesurée par le PAIR-M (n= 373)

Variabiles		Catégories	PAIR-M global	<i>Crainte de l'intimité romantique en général</i>	<i>Crainte de l'intimité romantique sexuelle</i>
Scolarité	M (E.T.)	≤ 5 ^e sec. > 5 ^e sec.	2,55 (0,71) 2,54 (0,62)	2,64 (0,69) 2,56 (0,60)	2,45 (0,90) 2,51 (0,88)
Emploi	M (E.T.)	Non Oui	2,61 (0,64)* 2,43 (0,68)	2,67 (0,66)* 2,51 (0,62)	2,55 (0,86)* 2,36 (0,92)
Revenu annuel	M (E.T.)	< 15 000\$ ≥ 15 000\$	2,60 (0,63) 2,48 (0,68)	2,68 (0,94)* 2,52 (0,66)	2,52 (0,83) 2,43 (0,93)
En couple présentement	M (E.T.)	Non Oui	2,53 (0,62) 2,56 (0,74)	2,65 (0,62) 2,51 (0,70)	2,43 (0,83)* 2,62 (0,98)
UDI dans les 6 derniers mois	M (E.T.)	Non Oui	2,53 (0,66) 2,76 (0,66)	2,60 (0,64) 2,67 (0,79)	2,45 (0,89) 2,86 (0,75)
Nb d'années depuis le diagnostic de VIH	r		-0,09	-0,02	-0,01
Prise d'ARV actuellement	M (E.T.)	Non Oui	2,49 (0,60) 2,55 (0,67)	2,55 (0,58) 2,61 (0,66)	2,42 (0,84) 2,49 (0,89)
Nb d'années depuis le 1 ^{er} ARV	r		-0,001	-0,01	0,008

M= Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « faible crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle »

* $p \leq 0,05$

5.2.4 Analyses bivariées selon l'âge des participants

5.2.4.1 Associations entre l'âge des participants et la lipodystrophie

Les résultats obtenus montrent que les hommes qui rapportent faire de la lipodystrophie sont significativement plus âgés que ceux qui disent ne pas faire de la lipodystrophie (M : 47,8 vs 44,2 ans; $p= 0,0001$). De plus, en considérant l'âge des individus de manière catégorielle, il est possible de constater que les participants âgés de 45 ans et plus sont proportionnellement

plus nombreux à rapporter des signes de lipodystrophie que les participants de moins de 45 ans (62,9% vs 44,1% ; $p=0,0001$) (Tableau 5.11).

Par rapport à l'ampleur de la lipodystrophie, les analyses de corrélation suggèrent un lien significatif, mais faible, entre un nombre plus élevé de parties du corps affectées et le fait d'être plus âgé ($r = 0,24$; $p=0,01$). Les résultats obtenus suite aux test de t de Student montrent aussi que le nombre moyen de parties du corps affectées par la lipodystrophie est significativement plus élevé chez les participants âgés de 45 ans et plus que chez les participants âgés de moins de 45 ans (Nombre moyen : 2,87 vs 1,78 parties du corps; $p=0,0001$) (Tableau 5.11).

Tableau 5.11
Associations entre l'âge des participants et la lipodystrophie (présence ou absence) (n=388)

Variables	Catégories	Lipodystrophie		p	Ampleur de la lipodystrophie		p
		Absence (n= 143)	Présence (n=245)				
Âge	M (E.T.)	44,2 ans ($\pm 8,8$)	47,8 ($\pm 8,6$)	0,0001	r	0,24	0,01
Âge à deux catégories	(%) < 45 ans	55,9	37,1	0,0001	M (E.T.)	1,78 (2,13)	0,0001
	≥ 45 ans	44,1	62,9			2,87 (2,53)	

M= Moyenne

E.T. = écart-type

r = coefficient de corrélation de Pearson

5.2.4.2 Associations entre l'âge des participants et l'image corporelle

a) Associations entre l'âge des participants et l'image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life Instrument*

Tel que présenté au tableau 5.12, il n'y a pas d'association significative entre l'âge des participants et l'échelle globale du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) et ses sous-échelles.

Tableau 5.12
Associations entre l'âge des participants et le WHOQoL-HIV (n=388)

Variables		Catégories	WHOQoL	<i>Physical Appearance</i>	<i>Body image and appearance of PLWA</i>
Âge	r		0,01	0,03	0,01
Âge à deux catégories	M (E.T.)	< 45 ans ≥ 45 ans	3,83 (0,84) 3,95 (0,80)	3,64 (9,93) 3,78 (0,82)	4,01 (0,92) 4,06 (0,92)

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle »

b) Associations entre l'âge des participants et l'image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales*

Tel que présenté au tableau 5.13, les résultats suggèrent une association significative entre un âge plus élevé et des attitudes moins positives face à son image corporelle (MBSRQ-AS, Cash, 2000) ($r = -0,14$; $p \leq 0,05$). Il semble aussi y avoir une association entre un âge plus élevé et un score moyen moins élevé sur le facteur *appearance evaluation* ($r = -0,11$; $p \leq 0,05$). Quoique ces associations soient significatives, la force de ces associations est considérée comme étant faible. Lorsque l'âge est considéré comme une variable catégorielle, on observe que les participants qui sont âgés de moins de 45 ans possèdent des attitudes plus positives face à leur image corporelle que les hommes âgés de 45 ans et plus (M : 3,17 vs 3,07 ; $p \leq 0,05$). En revanche, l'association entre l'âge et l'*appearance evaluation* ne tient plus lorsque l'âge est mesuré de cette façon.

Tableau 5.13
Associations entre l'âge des participants et le MBSRQ-AS (n= 388)

Variables		Catégories	MBSRQ-AS	<i>Appearance Evaluation</i>	<i>Appearance Orientation</i>	<i>Overweight Preoccupation</i>
Âge	r		-0,14*	-0,11*	-0,05	-0,08
Âge à deux catégories	M (E.T.)	< 45 ans ≥ 45 ans	3,17 (0,47)* 3,07 (0,46)	3,55 (0,79) 3,45 (0,74)	3,39 (0,71) 3,33 (0,69)	2,57 (0,94) 2,43 (0,84)

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « attitudes négatives face à son image corporelle » à (5) « attitudes positives face à son image corporelle »

* $p \leq 0,05$

5.2.4.3 Associations entre l'âge des participants et l'intimité romantique mesurée par le *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version*

Aucune association significative n'est présente entre l'âge des participants et l'intimité romantique, tant pour l'échelle globale que pour les sous-échelles (Tableau 5.14).

Tableau 5.14
Associations entre l'âge des participants et le PAIR-M (n= 373)

Variables		Catégories	PAIR-M global	<i>Crainte de l'intimité romantique en général</i>	<i>Crainte de l'intimité romantique sexuelle</i>
Âge	r		0,09	0,02	0,03
Âge à deux catégories	M (E.T.)	< 45 ans ≥ 45 ans	2,53 (0,68) 2,55 (0,65)	2,60 (0,68) 2,61 (0,63)	2,46 (0,89) 2,49 (0,88)

M = Moyenne

E.T. = écart-type

r = Coefficient de corrélation de Pearson

Score variant de (1) « faible crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle »

5.2.5 Analyses bivariées selon l'orientation sexuelle des participants

5.2.5.1 Associations entre l'orientation sexuelle des participants et la lipodystrophie

Lorsque la présence ou l'absence de lipodystrophie est mise en lien avec l'orientation sexuelle des participants, aucune différence significative n'est présente. Toutefois, il est à noter que les participants d'orientation homosexuelle ou bisexuelle rapportent un nombre moyen de parties du corps affectées par la lipodystrophie significativement plus élevé que les participants d'orientation hétérosexuelle (M : 2,54 vs 1,93 parties du corps ; $p= 0,03$) (Tableau 5.15).

Tableau 5.15
Associations entre l'orientation sexuelle des participants et la lipodystrophie (présence ou absence) (n=388)

Variables	Catégories	Lipodystrophie		p	Ampleur de la lipodystrophie		p
		Absence (n=143)	Présence (n=245)				
Orientation sexuelle	% Hétérosexuel	31,5	25,5	ns	M (E.T.)	1,93 (2,34)	0,03
	Homosexuel et bisexuel	68,5	74,5			2,54 (2,42)	

M= Moyenne

E.T. = écart-type

5.2.5.2 Associations entre l'orientation sexuelle des participants et l'image corporelle

a) Associations entre l'orientation sexuelle des participants et l'image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life Instrument*

Les participants d'orientation hétérosexuelle ne se distinguent pas de ceux d'orientation homosexuelle ou bisexuelle par rapport à l'échelle globale du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) et ses sous-échelles (Tableau 5.16).

Tableau 5.16
Associations entre l'orientation sexuelle des participants et le WHOQoL-HIV (n=388)

Variables		Catégories	WHOQoL	<i>Physical Appearance</i>	<i>Body image and appearance of PLWA</i>
Orientation sexuelle	M (E.T.)	Hétérosexuel Homosexuel ou Bisexuel	3,94 (0,75) 3,86 (0,84)	3,72 (0,85) 3,72 (0,88)	4,16 (0,82) 4,01 (0,94)

M = Moyenne

E.T. = écart-type

Score variant de (1) « perception négative de son image corporelle » à (5) « perception positive de son image corporelle »

- b) Associations entre l'orientation sexuelle des participants et l'image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales* (Cash, 2000)

Les résultats présentés au Tableau 5.17 montrent que les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ont des attitudes plus positives face à leur image corporelle que les hommes d'orientation hétérosexuelle (M : 3,15 vs 3,01 ; $p \leq 0,05$). Ces résultats sont aussi observés sur chacune des sous-échelles. En ce sens, les hommes d'orientation homosexuelle et bisexuelle obtiennent un score moyen plus élevé que les hommes d'orientation hétérosexuelle aux facteurs *appearance orientation* (M : 3,41 vs 3,22 ; $p \leq 0,05$) et *overweight preoccupation* (M : 2,56 vs 2,28 ; $p \leq 0,01$), ce qui veut dire qu'ils sont plus portés à adopter des comportements visant l'amélioration de leur image corporelle et qu'ils sont plus préoccupés par leur poids.

Tableau 5.17
Associations entre l'orientation sexuelle des participants et le MBSRQ-AS (n= 388)

Variables		Catégories	MBSRQ-AS	<i>Appearance Evaluation</i>	<i>Appearance Orientation</i>	<i>Overweight Preoccupation</i>
Orientation sexuelle	M (E.T.)	Hétérosexuel	3,10 (0,45)*	3,54 (0,68)	3,22 (0,71)*	2,28 (0,80)**
		Homosexuel et Bisexuel	3,15 (0,47)	3,49 (0,79)	3,41 (0,69)	2,56 (0,89)

M = Moyenne

E.T. = écart-type

Score variant de (1) « attitudes négatives face à son image corporelle » à (5) « attitudes positives face à son image corporelle »

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

- c) Associations entre l'orientation sexuelle des participants et l'intimité romantique mesurée par le *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version*

Tel que présenté au Tableau 5.18, les hommes d'orientation hétérosexuelle, comparativement aux hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle, rapportent une plus forte crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) (M : 2,65 vs 2,50 ; $p \leq 0,05$). Cette différence sur l'échelle globale s'exprime à travers chacune des sous-échelles. Aussi, les hommes d'orientation hétérosexuelle sont plus craintifs face à l'intimité romantique en général (M : 2,72 vs 2,57 ; $p \leq 0,05$) et plus craintifs face à l'intimité romantique sexuelle (M : 2,58 vs 2,44 ; $p \leq 0,05$) que les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

Tableau 5.18
Associations entre PAIR-M et variables sociodémographiques et comportementales (n= 373)

Variables		Catégories	PAIR-M global	<i>Crainte de l'intimité romantique en général</i>	<i>Crainte de l'intimité romantique sexuelle</i>
Orientation sexuelle	M (E.T.)	Hétérosexuel	2,65 (0,61)*	2,72 (0,60)*	2,58 (0,82)*
		Homosexuel et bisexuel	2,50 (0,68)	2,57 (0,66)	2,44 (0,91)

M= Moyenne

E.T. = écart-type

Score variant de (1) « faible crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle » à (7) « forte crainte de l'intimité romantique générale et sexuelle »

* $p \leq 0,05$

5.3 RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES

5.3.1 Variables associées à la lipodystrophie

5.3.1.1 Variables associées à la présence de lipodystrophie

Au tableau 5.19, les variables âge, scolarité, orientation sexuelle, nombre d'années depuis le 1^{er} traitement antirétroviral et nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité ont été intégrées dans un modèle de régression logistique sur la présence ou l'absence de changements corporels liés à la lipodystrophie. Les résultats obtenus suggèrent que les déterminants directs de la présence de changements corporels liés à la lipodystrophie sont : un âge plus avancé et un nombre plus grand d'années depuis la prise du premier traitement antirétroviral.

Tableau 5.19
Régression logistique des variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux traitements sur la présence de changements corporels liés à la lipodystrophie (n=360)

Variables	b (±E.T.)	RC (IC 95%)	p
Âge	0,03 (0,01)	1,03 (1,01-1,06)	0,02
Nombre d'années depuis le 1 ^{er} ARV	0,10 (0,04)	1,10(1,02-1,20)	0,02
Scolarité	0,41 (0,25)	1,51 (0,93-2,45)	0,09
Orientation sexuelle	-0,07 (0,28)	0,94 (0,55-1,61)	0,81
Nombre d'années depuis diagnostic VIH	0,03 (0,03)	1,03 (0,97-1,09)	0,42

R²a=0,08; dl 5 ; p ≤ 0,0001

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T.= Erreur-type

IC = Intervalle de confiance

5.3.1.2 Variables associées à l'ampleur de la lipodystrophie

Au tableau 5.20, les variables âge, scolarité, orientation sexuelle, nombre d'années depuis le 1^{er} traitement antirétroviral et nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité ont été intégrées dans un modèle de régression linéaire multiple sur l'ampleur de la lipodystrophie. Les résultats obtenus suggèrent qu'une plus grande ampleur de la lipodystrophie est prédite par : un nombre d'années plus grand depuis l'annonce du diagnostic de séropositivité, un âge

plus avancé, un niveau de scolarité supérieur au secondaire 5 et un nombre d'années plus grand depuis la prise du premier traitement antirétroviral. Ces variables semblent avoir une importance relative à peu près similaire (β entre 0,13 et 0,15) et elles expliquent 15% de la variation sur l'ampleur de la lipodystrophie auto-rapportée par les participants.

Tableau 5.20
Régression linéaire multiple des variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux traitements sur l'ampleur des changements corporels liés à la lipodystrophie (n=360)

Variabes	b (\pm E.T.)	β	p	R ² a
Nombre d'années depuis le diagnostic de VIH	0,06 (0,03)	0,15	0,05	0,14
Âge	0,05(0,01)	0,16	0,001	
Scolarité	0,64(0,24)	0,13	0,008	
Nombre d'années depuis le 1 ^{er} ARV	0,08(0,04)	0,15	0,04	

R²a=0,14; dl 5 ; p \leq 0,0001

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

5.3.2 Variables associées à l'image corporelle

a) Image corporelle mesurée par le *World Health Organisation's Quality of Life Instrument*

Au tableau 5.21 sont présentés les résultats des analyses de régression linéaire hiérarchique multiple sur les perceptions face à l'image corporelle. Pour l'échelle globale et les sous-échelles du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003), les variables intégrées à chacune des étapes sont celles dont le seuil de signification était de $p \leq 0,1$ lors des analyses bivariées. Pour l'ensemble des échelles et des sous-échelles, les variables intégrées aux modèles multivariés sont identiques. À l'étape un de la régression linéaire, la variable ampleur de la lipodystrophie a été intégrée. Rappelons que cette variable a été sélectionnée au détriment de la variable présence ou absence de lipodystrophie puisqu'un plus grand nombre de variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV lui était associé. À l'étape deux, seule la variable orientation sexuelle a été ajoutée, la variable âge n'ayant pas été associée significativement avec l'ampleur de la lipodystrophie lors des analyses bivariées.

Pour l'étape trois, les variables sociodémographiques et comportementales; emploi, scolarité, revenu annuel et injection de drogue au cours des six derniers mois ont été incorporées.

Les résultats obtenus à l'étape un suggèrent que les participants ayant des perceptions plus positives face à leur apparence physique possèdent un moins grand nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie. Cette variable à elle seule compte pour 14% de la variation de la perception de son image corporelle.

À la seconde étape, les résultats obtenus semblent dire que l'orientation sexuelle n'est pas une variable déterminante dans la perception de l'image corporelle chez les participants de l'étude.

À l'étape trois, les résultats présentés montrent que les personnes ayant des perceptions plus positives face à leur image corporelle sont celles qui possèdent un emploi et celles dont le niveau de scolarité est inférieur au secondaire 5. L'ajout de ces variables permet notamment d'augmenter le pourcentage de variation expliquée à 17%. Les autres variables intégrées au modèle ne semblent pas être déterminantes quant aux perceptions face à l'image corporelle.

Tableau 5.21

Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie, des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurée par l'échelle globale du WHOQoL-HIV (n=371)

Étape	Variables	b (±E.T.)	β	p	R^2a
1	Ampleur de la lipodystrophie	-0,13 (0,02)	-0,37	0,0001	0,14
2	Ampleur de la lipodystrophie	-0,13 (0,02)	-0,37	0,0001	0,14
	Orientation sexuelle (homosexuel ou bisexuel)	-0,004 (0,09)	-0,002	ns	
3	Ampleur de la lipodystrophie	-0,12 (0,02)	-0,36	0,0001	0,17
	Emploi (oui)	0,23 (0,09)	0,14	0,01	
	Scolarité (> sec. 5)	-0,20 (0,09)	-0,12	0,02	
	Revenu annuel (\geq 15 000\$)	0,12 (0,09)	0,07	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois (oui)	0,29 (0,20)	0,07	ns	

$R^2a=0,17$; dl 6 ; $p \leq 0,0001$

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R^2a = Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Au tableau 5.22, les résultats de l'analyse de régression linéaire hiérarchique multiple sur le facteur *physical appearance* sont présentés. Pour ce modèle, les mêmes variables et les mêmes étapes que pour l'échelle globale du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) ont été suivies.

Les résultats obtenus pour le facteur *physical appearance*, à chaque étape, sont sensiblement les mêmes que pour l'échelle globale. En effet, à l'étape un, les résultats suggèrent que les participants ayant des perceptions plus positives face à leur apparence physique possèdent un moins grand nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie. Dans ce cas ci, l'ampleur de la lipodystrophie compte pour 10% de la variation sur l'évaluation de son apparence physique.

À l'étape deux, la variable orientation sexuelle ne prédit toujours pas une meilleure évaluation de son apparence physique. Dans ce contexte, les enjeux développementaux exposés dans les sections précédentes semblent être exclus pour ce facteur.

Tandis qu'à l'étape trois, une meilleure évaluation de son apparence physique est prédite par le fait de posséder un emploi et d'avoir un niveau de scolarité inférieur au secondaire 5. Suite à l'ajout des variables emploi et scolarité, le pourcentage de variation expliquée augmente à 13%. Encore une fois, les autres variables sociodémographiques et comportementales ne sont pas déterminantes dans les perceptions face à son image corporelle.

Tableau 5.22
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurée par le facteur *physical appearance* du WHOQoL-HIV (n=371)

Étape	Variabes	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	-0,11 (0,02)	-0,31	0,0001	0,10
2	Ampleur de la lipodystrophie	-0,12 (0,02)	-0,32	0,0001	0,10
	Orientation sexuelle	0,08 (0,1)	0,04	ns	
3	Ampleur de la lipodystrophie	-0,11 (0,02)	-0,30	0,0001	0,13
	Scolarité	-0,24 (0,09)	-0,14	0,01	
	Emploi	0,21 (0,1)	0,12	0,03	
	Revenu annuel	0,14 (0,1)	0,08	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	0,38 (0,21)	0,09	ns	

R²a=0,13; dl 6 ; p ≤ 0,0001

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Les variables et les étapes énumérées pour l'échelle globale et le facteur *physical appearance* du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) ont aussi été appliquées au modèle de régression linéaire hiérarchique portant sur le facteur *body image and physical appearance of PLWHIV*. Les résultats présentés au tableau 5.23 montrent que les participants ayant des perceptions plus positives face à leur image corporelle, même en tenant compte de leur séropositivité, possèdent une moins grande ampleur de la lipodystrophie.

La variable orientation sexuelle intégrée à l'étape deux du modèle ne constitue pas un déterminant direct pour ce facteur, ce qui laisse supposer encore une fois que la perspective développementale ne pourra servir à expliquer les résultats obtenus.

L'autre variable déterminante pour ce facteur est le fait de posséder un emploi, variable qui a été ajoutée à la troisième étape du modèle et qui permet d'ajouter 2% au pourcentage de variation expliquée, le faisant passer de 14% à 16%. Pour ce facteur, les variables orientation sexuelle, niveau de scolarité et injection de drogue au cours des six derniers mois ne semblent pas être des déterminants directs.

Tableau 5.23
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les perceptions plus positives face à l'image corporelle mesurée par le facteur *body image and physical appearance of PLWHIV* du WHOQoL-HIV (n=371)

Étape	Variables	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	-0,14 (0,02)	-0,37	0,0001	0,14
2	Ampleur de la lipodystrophie	-0,14 (0,02)	-0,37	0,0001	0,13
	Orientation sexuelle	-0,09 (0,1)	-0,04	ns	
3	Ampleur de la lipodystrophie	-0,14 (0,02)	-0,36	0,0001	0,16
	Emploi	0,26 (0,1)	0,14	0,01	
	Revenu annuel	0,09 (0,1)	0,05	ns	
	Scolarité	-0,16 (0,1)	-0,09	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	0,19 (0,22)	0,04	ns	

R²a=0,16; dl 6 ; p ≤ 0,0001

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

b) Image corporelle mesurée par le *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales*

Au tableau 5.24 sont présentés les résultats des analyses de régression linéaire hiérarchique multiple sur les attitudes face à l'image corporelle. À l'instar de l'échelle et des sous-échelles de la section précédente, les variables intégrées à chacune des étapes sont celles dont le seuil de signification était de $p \leq 0,1$ lors des analyses bivariées. Pour l'ensemble des échelles et des sous-échelles du MBSRQ-AS (Cash, 2000), les variables intégrées aux modèles multivariés sont identiques. À l'étape un de la régression linéaire, la variable ampleur de la lipodystrophie a été intégrée. Encore une fois, cette variable a été choisie puisqu'un plus grand nombre de variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV lui était associé, comparativement à la variable présence/absence de lipodystrophie. Puisque les deux variables de contrôle âge et orientation sexuelle étaient associées significativement à l'échelle lors des analyses bivariées, elles ont été ajoutées toutes les deux à l'étape deux de la régression. Pour l'étape trois, les variables sociodémographiques et comportementales; emploi, scolarité et injection de drogue au cours des six derniers mois ont été intégrées.

Les résultats des analyses de l'étape un montrent que l'ampleur de la lipodystrophie ne constitue pas un déterminant direct des attitudes plus positives face à l'image corporelle (échelle globale).

À l'étape deux, il est toutefois possible de constater que les déterminants directs des attitudes plus positives face à l'image corporelle (échelle globale) sont un âge moindre et une orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle. Ces deux variables sont les seuls déterminants directs pour l'échelle globale et expliquent 3% de la variation sur les attitudes face à l'image corporelle. Dans ce contexte, les enjeux développementaux exposés jusqu'ici semblent être présents, mais leur influence ne semble toutefois pas très importante.

Les variables sociodémographiques et comportementales suivantes ne semblent pas avoir d'influence directe sur les attitudes positives face à son image corporelle : le fait d'avoir un emploi, le niveau de scolarité et le fait de s'être injecté des drogue au cours des six derniers mois.

Tableau 5.24
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurée par l'échelle globale du MBSRQ-AS (n=382)

Étape	Variabes	b (±E.T.)	β	p	R^2a
1	Ampleur de la lipodystrophie	-0,01 (0,01)	-0,05	ns	0,000
2	Âge	-0,007 (0,003)	-0,14	0,008	0,03
	Orientation sexuelle	0,16 (0,05)	0,15	0,003	
3	Âge	-0,008 (0,003)	-0,14	0,006	0,03
	Orientation sexuelle	0,15 (0,06)	0,15	0,009	
	Emploi	0,01 (0,05)	0,02	ns	
	Scolarité	-0,03 (0,05)	-0,04	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	-0,16 (0,12)	-0,07	ns	

$R^2a=0,03$; dl 5 ; $p \leq 0,01$

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R^2a = Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Pour le facteur *appearance evaluation*, les mêmes variables et les mêmes étapes que pour l'échelle globale ont été respectées. Présentées au tableau 5.25, les résultats obtenus à l'étape un montrent que l'ampleur de la lipodystrophie ne prédit pas des attitudes plus positives face à l'évaluation de l'apparence physique. Cette variable compte pour 9% de la variation sur les attitudes face à l'évaluation de son apparence physique.

À l'étape deux, les variables âge et orientation sexuelle ont été intégrées, mais les résultats montrent qu'elles ne constituent pas des déterminants directs pour ce facteur.

Enfin, parmi les variables sociodémographiques et comportementales ajoutées à la troisième étape, seule le fait d'avoir un emploi constitue un déterminant direct pour des meilleures attitudes face à l'évaluation de son apparence physique. Les autres variables énumérées précédemment ne sont donc pas des déterminants directs pour le facteur *appearance evaluation*.

Tableau 5.25
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurée par le facteur *appearance evaluation* du MBSRQ-AS (n=382)

Étape	Variabes	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	-0,09 (0,02)	-0,30	0,0001	0,09
2	Ampleur de la lipodystrophie	-0,09 (0,02)	-0,29	0,0001	0,08
	Âge	-0,003 (0,004)	-0,03	ns	
	Orientation sexuelle	-0,01 (0,08)	-0,008	ns	
3	Ampleur de la lipodystrophie	-0,09 (0,02)	-0,28	0,0001	0,09
	Emploi	0,17 (0,08)	0,11	0,03	
	Scolarité	-0,15 (0,08)	-0,10	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	0,007 (0,19)	0,002	ns	

R²a=0,09 ; dl 6 ; p ≤ 0,0001

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Encore une fois, les mêmes variables et les mêmes étapes que celles explicitées pour les analyses précédentes, ont guidé l'analyse de régression linéaire hiérarchique multiple pour le

facteur *appearance orientation*. Selon les résultats présentés au tableau 5.26, la variable ampleur de la lipodystrophie, intégrée à la première étape de la régression, ne constitue pas un déterminant direct de l'adoption de comportements visant à modifier l'apparence physique.

Toutefois, à l'étape deux, les résultats obtenus semblent démontrer que les participants qui sont le plus portés à adopter des comportements visant à modifier l'apparence physique sont ceux qui se disent d'orientation homosexuelle ou bisexuelle. Cette variable expliquerait 2% de la variation quant à l'adoption de tels comportements.

Pour les autres variables sociodémographiques et comportementales intégrées au modèle à l'étape trois, aucune n'est un déterminant direct de l'adoption de comportements qui visent à modifier son corps.

Tableau 5.26
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurée par le facteur *appearance orientation* du MBSRQ-AS (n=382)

Étape	Variabes	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	0,02 (0,02)	0,06	ns	0,001
2	Orientation sexuelle	0,21 (0,08)	0,13	0,01	0,02
	Âge	-0,007 (0,004)	-0,08	ns	
3	Orientation sexuelle	0,22 (0,09)	0,14	0,01	0,02
	Emploi	-0,08 (0,08)	-0,06	ns	
	Scolarité	-0,02 (0,08)	-0,01	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	-0,22 (0,18)	-0,06	ns	

R²a=0,02 dl 6 ; p ≤ 0,06

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Les variables et les étapes énumérées pour l'échelle globale et les facteurs précédents du MBSRQ-AS (Cash, 2000) ont aussi été appliquées au modèle de régression logistique portant sur le facteur *overweight preoccupation*. Les résultats présentés au tableau 5.27 montrent qu'à l'étape un, les participants qui sont le moins préoccupés par leur poids possèdent un

moins grand nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie. La variable ampleur de la lipodystrophie compte dans ce cas, pour 1% de la variation expliquée sur le facteur *overweight preoccupation*.

L'ajout des variables âge et orientation sexuelle, à l'étape deux du modèle de régression linéaire, a permis d'augmenter le pourcentage de variation expliquée à 4%. Ces deux variables constituent en effet des déterminants directs d'une plus grande préoccupation face à son poids pour les participants de l'étude.

Toutefois, les résultats semblent démontrer que les variables suivantes ne sont pas des déterminants directs de ce facteur : emploi, scolarité et injection de drogue au cours des six derniers mois.

Tableau 5.27

Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur les attitudes plus positives face à l'image corporelle mesurée par le facteur *overweight preoccupation* du MBSRQ-AS (n=382)

Étape	Variables	b (±E.T.)	β	p	R^2a
1	Ampleur de la lipodystrophie	0,05 (0,02)	0,13	0,01	0,01
2	Ampleur de la lipodystrophie	0,05 (0,02)	0,14	0,006	0,04
	Orientation sexuelle	0,28 (0,1)	0,14	0,005	
	Âge	-0,01 (0,005)	-0,13	0,01	
3	Ampleur de la lipodystrophie	0,05 (0,02)	0,14	0,007	0,04
	Orientation sexuelle	0,25 (0,11)	0,13	0,02	
	Âge	-0,01 (0,005)	-0,13	0,01	
	Emploi	-0,05 (0,09)	-0,03	ns	
	Scolarité	0,06 (0,1)	0,04	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	-0,26 (0,23)	-0,06	ns	

$R^2a=0,04$; dl 6 ; $p \leq 0,002$

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R^2a = Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

5.3.3 Variables associées à l'intimité romantique

Afin d'identifier les déterminants directs de l'intimité romantique, mesurée dans cette étude par le *Personal Assessment of Intimacy in Relationship-Modified version* (PAIR-M, Thériault, 1998), des analyses de régression linéaire hiérarchique multiple ont été réalisées. Pour l'échelle globale et les deux sous-échelles, nous avons inclus en trois étapes hiérarchiques, les variables associées identifiées par les analyses bivariées exposées dans les sections précédentes. La variable introduite dans le modèle à l'étape un est l'ampleur de la lipodystrophie. Comme pour les échelles visant à évaluer l'image corporelle, la variable présence/absence de la lipodystrophie a été exclue puisque les variables qui lui étaient associées étaient moins nombreuses.

À l'étape deux, uniquement la variable orientation sexuelle a été ajoutée car la variable âge ne s'est pas révélée associée significativement avec l'échelle globale ou les sous-échelles du PAIR-M (Thériault, 1998).

Enfin, à la troisième étape, ce sont les variables emploi, revenu annuel, en couple présentement et injection de drogue au cours des six derniers mois qui ont été intégrées.

À la première étape de la régression linéaire hiérarchique multiple, les résultats obtenus indiquent que les participants ayant une plus grande crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle), sont ceux qui rapportent un nombre plus grand de parties du corps affectées par la lipodystrophie.

À la seconde étape, les résultats montrent que les hommes qui ont une plus grande crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) sont ceux qui se disent d'orientation hétérosexuelle. Les enjeux développementaux de l'orientation sexuelle pourraient donc être tenu pour compte dans l'explication des résultats obtenus à cette étape.

Puis, à la troisième étape, les résultats suggèrent que les hommes qui ont une plus grande crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) sont ceux qui possèdent un emploi. À cette étape, les résultats montrent qu'une plus grande crainte n'est plus déterminée

par une orientation hétérosexuelle. En tout, les deux variables expliquent 3% de la variation face à la crainte de l'intimité romantique générale (globale et sexuelle) pour ces hommes. Quant aux variables suivantes, elles ne semblent pas être des déterminants directs d'une plus grande crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) : revenu annuel, injection de drogue au cours des six derniers mois et en couple présentement (Tableau 5.28).

Tableau 5.28
Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique générale et sexuelle mesurée par l'échelle globale du PAIR-M (n=358)

Étape	Variabes	b (±E.T.)	β	P	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	0,03 (0,01)	0,12	0,02	0,01
2	Ampleur de la lipodystrophie	0,04 (0,01)	0,14	0,009	0,03
	Orientation sexuelle	-0,18 (0,08)	-0,13	0,02	
3	Ampleur de la lipodystrophie	0,04 (0,01)	0,14	0,009	0,03
	Orientation sexuelle	-0,13 (0,08)	-0,09	ns	
	Emploi	-0,17 (0,08)	-0,12	0,04	
	Revenu annuel	-0,02 (0,08)	-0,01	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	0,19 (0,18)	0,06	ns	
	En couple présentement	0,08 (0,08)	0,06	ns	

R²a=0,03; dl 6 ; p ≤ 0,006

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Pour le facteur *crainte de l'intimité générale*, les mêmes variables et les mêmes étapes que pour l'échelle globale ont été respectées. À l'instar de l'échelle globale, les résultats des analyses suggèrent aussi que les participants ayant une plus grande crainte face à l'intimité romantique générale, dans le contexte d'une relation romantique ou amoureuse, sont ceux qui rapportent une plus grande ampleur de la lipodystrophie et ceux qui se disent d'orientation hétérosexuelle. Les variables suivantes ne semblent toutefois pas être des déterminants directs de ce facteur : le fait d'avoir un emploi, le revenu annuel et être en couple présentement (Tableau 5.29).

Tableau 5.29

Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique générale mesurée par le facteur *crainte de l'intimité romantique en général* du PAIR-M (n=358)

Étape	Variables	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	0,04 (0,01)	0,15	0,005	0,02
2	Ampleur de la lipodystrophie	0,04 (0,01)	0,16	0,002	0,03
	Orientation sexuelle	-0,18 (0,08)	-0,12	0,02	
3	Ampleur de la lipodystrophie	0,04 (0,01)	0,17	0,002	0,04
	Orientation sexuelle	-0,12 (0,08)	-0,08	ns	
	Revenu annuel	-0,05 (0,08)	-0,04	ns	
	Emploi	-0,13 (0,08)	-0,10	ns	
	Injection de drogue dans les 6 derniers mois	-0,02 (0,18)	-0,005	ns	
	En couple présentement	-0,09 (0,08)	-0,06	ns	

R²a=0,04; dl 6 ; p ≤ 0,002

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Encore une fois, les mêmes variables et les mêmes étapes que pour les sections précédentes s'appliquent pour l'analyse de régression linéaire hiérarchique multiple du facteur *crainte de l'intimité romantique sexuelle* du PAIR-M (Thériault, 1998). Contrairement à l'échelle globale et au facteur *crainte de l'intimité romantique générale*, une seule des variables intégrées semble être un déterminant direct pour ce facteur. Tandis qu'à l'étape un et à l'étape deux, aucune des variables intégrées ne s'est avérée être un déterminant directe d'une plus grande crainte face à l'intimité générale, à l'étape trois, il est possible de constater que la seule variable qui prédit une plus grande crainte face à l'intimité sexuelle est le fait d'être en couple présentement. Toutefois, cette variable ne compte que pour 3% de la variation expliquée sur ce facteur du PAIR-M (Thériault, 1998) (Tableau 5.30).

Tableau 5.30

Régression linéaire multiple de l'ampleur de la lipodystrophie et des caractéristiques sociodémographiques et comportementales sur la crainte face à l'intimité romantique sexuelle mesurée par le facteur *crainte de l'intimité romantique sexuelle* du PAIR-M (n=358)

Étape	Variabiles	b (±E.T.)	β	p	R ² a
1	Ampleur de la lipodystrophie	0,03 (0,02)	0,08	ns	0,003
2	Orientation sexuelle	-0,19 (0,1)	-0,10	ns	0,01
3	En couple présentement	0,26 (0,1)	0,14	0,01	0,03
	Revenu annuel	0,01 (0,11)	0,007	ns	
	Emploi	-0,20 (0,11)	-0,11	ns	
	Injection de drogue au cours des 6 derniers mois	0,40 (0,24)	0,09	ns	

R²a=0,03; dl 6 ; p ≤ 0,01

b = Coefficient de régression non-standardisé

E.T. = Erreur-type

β = Coefficient de régression standardisé

R²a= Coefficient de détermination ajusté

dl = degré de liberté

Maintenant que l'ensemble des résultats de l'étude ont été présentés, la section qui suit visera à faciliter leur compréhension et à apporter les nuances nécessaires en fonction des études et des courants théoriques répertoriés et décrits en début de ce mémoire.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectifs de dégager le profil des hommes vivant avec le VIH qui font de la lipodystrophie, comparativement à ceux qui n'en font pas ; de mettre en lien l'expérience de la lipodystrophie et de l'image corporelle chez ces hommes ainsi que l'expérience de la lipodystrophie et de l'intimité dans le contexte des relations romantiques, chacun de ces objectifs tenant compte de l'âge et de l'orientation sexuelle des participants. Dans ce chapitre, les résultats de recherche sont discutés à la lumière des travaux antérieurs tant théoriques qu'empiriques et les limites de l'étude sont soulignées. Une synthèse des résultats est ensuite présentée et leur portée scientifique est illustrée. Enfin, les implications de cette étude sont relevées en matière d'intervention auprès des hommes vivant avec le VIH faisant de la lipodystrophie.

6.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

Puisque cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de convenance, il s'avère difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des hommes vivant avec le VIH. Toutefois, tout au long du recrutement, les efforts ont été déployés afin d'assurer une diversification de l'échantillon. Ainsi, les différentes stratégies de recrutement mises en place ont permis de multiplier les méthodes et les sites de recrutement, favorisant par le fait même la diversité des caractéristiques des participants de l'étude. À titre d'exemple, le recrutement s'est effectué à partir de 11 sites cliniques et à l'aide de la collaboration des organismes communautaires rejoignant les PVVIH, ce qui a permis de rejoindre des hommes de diverses orientations sexuelles et de diverses tranches d'âge. Il est donc probable que les résultats obtenus dans la présente recherche s'appliquent aussi aux hommes vivant avec le VIH ayant les mêmes

caractéristiques sociodémographiques, comportementales ou liées à la trajectoire avec le VIH.

Il existe aussi certaines limites concernant les mesures utilisées dans cette étude, notamment en ce qui a trait à la mesure de la lipodystrophie. La consultation de plus de trente études a permis de sélectionner les parties du corps les plus souvent mentionnées par les auteurs lorsqu'ils traitent de la lipodystrophie. Toutefois, la nature auto-rapportée de la lipodystrophie peut surestimer ou sous-estimer la prévalence de cette condition chez les hommes vivant avec le VIH de l'échantillon. Il est donc difficile de vérifier s'il s'agit véritablement de la présence de cette condition ou d'une distorsion cognitive résultant du diagnostic de séropositivité. Même si ce biais est présent dans la majorité des études qui utilisent l'entrevue dirigée ou le questionnaire auto-administré comme méthode de collecte des données, il a été mentionné dans la recension des écrits que malgré la nature subjective de l'auto-rapport, l'individu et le chercheur rapportent généralement un degré élevé de concordance (98%) dans l'évaluation de la présence de lipodystrophie (Carr *et al.*, 1999, cité dans Tershakovec *et al.*, 2004). Par ailleurs, afin de limiter les erreurs de compréhension face à cette condition, une définition a été présentée aux participants avant qu'ils ne répondent aux questions portant sur la lipodystrophie. D'autre part, la prévalence auto-rapportée de la lipodystrophie dans notre échantillon (63,1%) s'apparente à celle obtenue par Santos *et al.* (2005) (64,3%), qui est aussi une étude où la lipodystrophie est auto-rapportée. Ainsi, quoique la lipodystrophie soit auto-rapportée par les participants, il semble que tout ait été mis en place de manière à limiter les impacts de l'auto-rapport sur la validité des résultats obtenus.

Une autre limite de l'étude concerne le biais de désirabilité sociale pouvant influencer les réponses des participants. Cependant, tout comme pour la Cohorte Oméga, « l'ampleur de ce biais a été minimisée par la mise en place de diverses mesures liées à la création d'un environnement propice à la confiance » (Girard, 2004, p.87). Les critères d'embauche des interviewers comprenaient une grande capacité d'empathie et une attitude de non-jugement. Pour les interviewers de l'UQAM, une formation de 30 heures leur a été offerte dès l'embauche, tandis que pour les interviewers des sites cliniques, ils ont aussi été formés par l'établissement pour lequel ils travaillent. Par ailleurs, afin de favoriser la mise en place d'une

relation de confiance et d'honnêteté, l'interviewer a pris le temps de bien expliquer à chacun des participants rencontrés, les objectifs de l'étude ainsi que l'importance et l'impact de l'exactitude des réponses sur la qualité de l'étude en cours.

La portée de cette étude est aussi affectée par le choix limité des variables considérées, puisque cette étude a été réalisée à partir des données du Projet MAPA. Le choix des variables à inclure dans le questionnaire a été fait avant la finalisation du devis de la présente étude, donc avant que la recension des écrits ne soit terminée. Par conséquent, certaines variables considérées comme importantes dans la recension des écrits n'ont pu être intégrées au questionnaire et nous avons dû nous limiter aux variables disponibles. De ce fait, il a été difficile d'inclure dans l'étude tous les éléments identifiés dans l'état des connaissances et le cadre théorique, notamment en ce qui concerne le nombre de partenaires romantiques à vie et la durée des relations actuelles et passées.

6.2 PROFIL DES HOMMES FAISANT DE LA LIPODYSTROPHIE

Les résultats obtenus montrent que, dans cette étude, 63,1% des participants rapportent au moins un changement corporel lié à la lipodystrophie, ce qui laisse supposer que cette condition est assez fréquente chez les hommes vivant avec le VIH et prenant des traitements antirétroviraux de la région montréalaise. Bien que la prévalence auto-rapportée de la lipodystrophie auprès des hommes de notre échantillon puisse sembler élevée, elle est similaire à la prévalence obtenue dans l'étude de Santos *et al.* (2005) et cela même si les mesures utilisées sont quelque peu différentes. Par ailleurs, les parties du corps les plus touchées par la lipodystrophie chez les hommes de notre échantillon, les joues, les fesses et les jambes sont aussi celles qui sont le plus souvent mentionnées dans l'étude de Power *et al.* (2003). Ces constats renforcent l'idée que la prévalence auto rapportée de la lipodystrophie dans notre échantillon pourrait être un reflet assez fidèle de la situation actuelle des hommes vivant avec le VIH et prenant des ARV.

En ce qui a trait au profil des hommes faisant de la lipodystrophie, les résultats des analyses multivariées ont montré qu'un âge plus avancé et qu'un plus grand nombre d'années depuis le 1^{er} traitement antirétroviral sont des déterminants directs à la fois (1) de la présence et (2)

d'une plus grande ampleur de la lipodystrophie. En regard de l'ampleur de la lipodystrophie, les résultats suggèrent aussi que les participants qui ont une plus grande ampleur sont ceux qui ont un diplôme d'études supérieur ou égal au secondaire 5 et ceux dont le nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité est plus grand. Rappelons que la présence de la lipodystrophie fait référence à l'auto-rapport de changement corporel sur au moins une des parties du corps, alors que l'ampleur de la lipodystrophie renvoie au nombre de parties du corps affectées, donc à la sévérité de cette condition. Ceci pourrait en partie expliquer l'ajout de certaines variables quant aux analyses multivariées sur l'ampleur de la lipodystrophie.

Les différentes explications face à l'obtention de ces résultats suivront dans les prochains paragraphes. Avant cela, mentionnons que pour l'ensemble des analyses multivariées sur la lipodystrophie, les résultats obtenus montrent que pour notre échantillon, l'âge est effectivement une variable qui est liée à la fois à la présence et à l'ampleur de la lipodystrophie chez les hommes vivant avec le VIH. Toutefois, pour l'orientation sexuelle, les résultats des analyses multivariées révèlent que lorsque mise dans le modèle avec les autres variables, le lien observé en analyse bivariée entre l'orientation sexuelle et l'ampleur de la lipodystrophie n'est plus significatif. Les mêmes résultats sont observés quant aux analyses multivariées sur la présence/absence de la lipodystrophie. On pourrait penser alors que peu importe leur orientation sexuelle, les participants de l'étude ne se distinguent pas quant à leur évaluation des changements corporels qu'ils ont pu vivre en lien avec leur traitement.

Pour expliquer les résultats obtenus suite aux analyses multivariées sur la présence et l'ampleur de la lipodystrophie, il importe de s'attarder à chacune des variables significatives. En ce qui concerne le niveau de scolarité, on pourrait penser que les hommes plus scolarisés possèdent de plus grandes capacités pour aller chercher de l'information, donc qu'ils ont plus de connaissances face au VIH et par conséquent, une meilleure compréhension de leur condition. En ayant de plus grandes connaissances face au VIH et aux effets des ARV sur le corps, il serait possible de penser qu'ils sont plus à l'affût des changements de leur corps et donc, qu'ils prennent davantage conscience de l'ampleur des changements liés à la lipodystrophie.

Par rapport à la prise d'ARV, les résultats obtenus à partir des analyses multivariées de la présente étude corroborent ceux exposés précédemment dans l'état des connaissances. Comme le mentionnent Tershakovec *et al.* (2004), la plupart des auteurs établissent un lien entre la prise d'ARV et la présence de lipodystrophie. Il est donc logique que le nombre d'années depuis le premier ARV soit une variable déterminante dans la présence ou l'absence et dans l'ampleur de cette condition.

Pour expliquer les résultats relatifs à l'âge des participants, l'approche théorique du développement de l'image corporelle, présentée par Withbourne et Skultety (2002) pourrait être utilisée. Ces auteurs soulignaient que certains changements typiques surviennent à l'âge adulte, dont la redistribution des graisses corporelles des extrémités vers l'abdomen. Dans le contexte du VIH et de la lipodystrophie, ces changements corporels prennent un sens différent. En fait, il devient difficile de départager les effets du vieillissement et les effets du VIH et des traitements sur les modifications du corps. Par conséquent, certains individus rapportant faire de la lipodystrophie ont peut-être pu confondre des modifications corporelles typiques associées à l'âge et la redistribution anormale des graisses (lipodystrophie). En revanche, tel que mentionné précédemment, la définition de la lipodystrophie telle qu'employée dans la présente étude, a été présentée aux participants avant qu'ils ne répondent aux questions de cette section du questionnaire. Cette procédure visait à valider la mesure de lipodystrophie auto-rapportée.

Aussi, le modèle multivarié parle d'un effet indépendant de l'âge, du nombre d'années depuis le premier ARV et du nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité. À cet effet, on pourrait penser que ces caractéristiques agissent de façon cumulative ou additive sur l'ampleur de la lipodystrophie.

6.3 EXPÉRIENCE DE LA LIPODYSTROPHIE ET DE L'IMAGE CORPORELLE

Pour favoriser une meilleure compréhension des liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et pour permettre de nuancer l'influence des variables âge et orientation sexuelle sur l'image corporelle des hommes de l'échantillon, des analyses multivariées ont été réalisées pour les deux échelles globales ainsi que pour chacune de leurs sous-échelles.

Puisque les pourcentages de variation expliquée étaient supérieurs avec la variable ampleur de la lipodystrophie, plutôt qu'avec la variable dichotomique présence/absence de lipodystrophie, cette première variable a été retenue comme variable à prédire. Soulignons toutefois que les résultats obtenus aux deux échelles d'image corporelle divergent. Afin de faciliter l'interprétation des résultats obtenus et puisque l'échelle MBSRQ-AS (Cash, 2000) s'adresse à une population générale, la discussion débutera avec cette échelle et sera suivie par l'échelle WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) qui s'adresse spécifiquement aux PVVIH.

Avant toute chose, soulignons que les conceptualisations et mesures de l'image corporelle, telles que développées par Cash (2000) et par O'Connell *et al.* (2003), reconnaissent d'emblée l'importance de l'influence du social. En ce sens, le construit d'image corporelle individuelle repose intrinsèquement sur l'évaluation que fait chaque individu de l'image idéale du corps véhiculée dans la société. On ne peut parler d'image corporelle sans avoir en tête que cette dernière est le fruit de l'assimilation que font, à des degrés divers, les individus, des dictats sociaux concernant le corps idéal.

Certains éléments divergents doivent toutefois être pris en considération dans l'interprétation des résultats relatifs à ces deux échelles. Dans un premier temps, les analyses de corrélation entre les échelles montrent que ces dernières ne semblent pas mesurer les mêmes éléments face à l'image corporelle. En effet, quoiqu'elles disent toutes deux s'attarder à l'image corporelle, les échelles globales et sous-échelles ne sont pas du tout associées significativement et elles sont même quelquefois corrélées négativement. Les seuls facteurs corrélés positivement concernent l'évaluation de l'apparence physique (*appearance evaluation*; MBSRQ-AS, Cash, 2000) et *physical appearance* (WHOQoL-HIV, O'Connell *et al.*, 2003). En regard des différences au plan des mesures elles-mêmes, la différence dans les résultats obtenus et la variation dans les variables qui prédisent, s'expliquent plus facilement.

a) *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire-Additional Sub-scales* (MBSRQ-AS, Cash, 2000)

Le MBSRQ-AS (Cash, 2000) est une échelle qui mesure les attitudes face à l'image corporelle et qui est composée de trois facteurs. Le premier facteur *appearance evaluation* mesure le sentiment d'être attirant physiquement ou non, la satisfaction ou l'insatisfaction face à son apparence, alors que le second facteur, *appearance orientation* mesure l'importance accordée à son apparence dans le quotidien. Quant au facteur *overweight preoccupation*, il sert à évaluer l'anxiété face au fait d'avoir un surplus de poids, la vigilance face à son poids, la diète et le contrôle de la quantité de nourriture ingérée.

Pour favoriser une meilleure compréhension et pour faire valoir la spécificité de chaque variable, la discussion sera abordée en fonction des variables indépendantes significatives et non en fonction des variables dépendantes, échelles et sous-échelles.

Ampleur de la lipodystrophie

La variable ampleur de la lipodystrophie prédit deux des trois facteurs de l'échelle. Dans un premier temps, un nombre moins élevé de parties du corps affectées par la lipodystrophie prédit une meilleure évaluation de son apparence physique (*appearance evaluation*). Dans un second temps, un nombre plus élevé de parties du corps affectées par cette condition semble augmenter l'anxiété, le fait d'être préoccupé par son poids (*overweight preoccupation*). Puisque l'image actuelle d'une personne vivant avec le VIH est celle d'un corps amaigri et d'une saillance au niveau des muscles et des veines, le fait d'être mince, voire maigre, devient un indicateur du statut de séropositivité. Face à cela, l'anxiété d'avoir un surplus de poids ne tient plus et au contraire, l'anxiété réside davantage au plan d'une trop grande perte de poids, plutôt que d'un gain. La lipodystrophie, en redistribuant anormalement les graisses corporelles, suscite une attention envers le corps et surtout envers les changements corporels, ce qui accentue l'anxiété face au poids. En lien avec l'évaluation de son apparence physique, la recension des écrits a su bien démontrer que les personnes faisant de la lipodystrophie sont moins satisfaites de leur apparence physique. En effet, cette condition reflète un corps dont les significations sont plutôt négatives (Collins *et al.*, 2000). D'autre part, l'impossibilité d'avoir un corps musclé empêcherait l'individu atteint de lipodystrophie de projeter un corps

puissant et masculin (Gillett et White, 1992, cité dans McCabe et Ricciardelli, 2004), ce qui pourrait diminuer la satisfaction face à son apparence.

Âge des participants

En ce qui a trait à la variable âge, elle est associée à l'échelle globale ainsi qu'au facteur *overweight preoccupation*. À cet effet, un âge moindre prédit à la fois des attitudes plus favorables face à l'image corporelle et une plus grande préoccupation face au poids.

Avant de s'attarder aux considérations développementales face à l'influence de l'âge sur l'image corporelle, il semble important de rappeler que, dans cette étude, plus l'individu est jeune, moins d'années le séparent de l'annonce du diagnostic du VIH, moins d'années le séparent de la prise du premier ARV et moins de parties de son corps sont affectées par la lipodystrophie. Il est alors possible de penser que chez les plus jeunes, l'évaluation de leur apparence physique et les changements quant à leur poids ne constituent pas leur préoccupation première. Plus encore, leur corps a sans doute connu moins de transformations puisqu'ils sont infectés depuis moins longtemps et leur état de santé physique ne doit pas être très affecté par le virus. Au plan théorique, différentes explications peuvent être avancées pour interpréter ces résultats. Tout d'abord, en se basant sur les perspectives de la psychologie de l'apparence physique de Cash (1990), on conçoit que la vision du corps peut être extérieure ou intrinsèque. Alors que l'image extérieure renvoie à l'image sociale du corps, donc aux conceptions sociales de ce qui est attirant physiquement et au rapport entretenu avec les autres en lien avec l'apparence physique, l'image intrinsèque concerne, pour sa part, les attitudes face à son propre corps et les comportements individuels employés pour le modifier. Puisque la norme socioculturelle actuelle tend à valoriser un corps masculin sculpté en « V », musclé (Pope *et al.*, 1998) et que l'idée d'un corps masculin idéal est présenté par un corps jeune et en santé, les images sociale et intrinsèque du corps peuvent être affectées par le vieillissement. Les attitudes plus favorables face à l'image corporelle chez les plus jeunes pourraient donc découler des images sociale et intrinsèque qui correspondent davantage aux normes socioculturelles mentionnées ci haut, normes qui sont plus difficilement accessibles pour les hommes plus âgés.

Le vieillissement, en soi, peut être responsable d'attitudes plus négatives face au corps chez les gens plus âgés. Chez les occidentaux, le vieillissement implique le deuil inévitable de l'essentiel de sa vie passée et, par extension, de son corps de jeunesse (Le Breton, 1990). C'est un processus lent et graduel qui échappe à la conscience de l'individu. Face au corps qui se détériore avec les années, il n'est pas rare d'éprouver une perte de contrôle sur les modifications corporelles vécues et un sentiment d'impuissance connexe (Le Breton, 1990). Outre les effets de la lipodystrophie, l'influence négative du vieillissement pourrait donc ici se refléter dans les attitudes moins positives face à son image corporelle et par une augmentation de l'anxiété liée au poids.

Whitbourne et Skultety (2002) quant à eux, proposent trois composantes d'évaluation de l'image corporelle qui pourraient servir à interpréter les résultats obtenus. Ces trois composantes, l'apparence corporelle, le sentiment de compétence du corps et la santé physique, servent de balises aux évaluations que l'homme pose sur son corps. La première composante rejoint les conceptions du corps telles que proposées par Cash (1990) et qui traitent des interprétations de l'image sociale projetée aux autres et de l'image internalisée de son propre corps. La deuxième composante fait référence aux sentiments basés en partie sur les qualités physiques telles que l'agilité, l'endurance et la force musculaire qui se modifient avec l'âge. Puisqu'en vieillissant, ces sensations physiques ont tendance à se détériorer, il est plus facile de saisir pour quelle raison les personnes plus âgées ont des attitudes plus négatives face à leur image corporelle. La troisième composante, quant à elle, réfère tant à la santé physique qu'à la maladie; elle a des implications sur la qualité de vie et influence les sentiments face au parcours de fin de vie. Sachant que l'âge des hommes de notre échantillon est corrélé avec le nombre d'années depuis le diagnostic de séropositivité et le nombre d'années depuis le premier ARV, on peut supposer que les hommes plus âgés, sont aussi plus conscients de la mort et de l'éventualité de leur décès (prochain ou éloigné). Ces éléments étant en lien avec l'évaluation de l'image corporelle selon Whitbourne et Skultety (2002), on pourrait déduire que le vieillissement, tout comme le fait de vivre avec le VIH et de prendre des ARV depuis plus longtemps affectent négativement les attitudes face au corps et accentuent les préoccupations face au poids. Whitbourne et Skultety (2002) ajoutent aussi qu'un homme qui n'attache pas d'importance aux signes du vieillissement ne verra pas son

image corporelle modifiée à travers les années, alors qu'un homme qui se sent impuissant face aux changements de son corps se remettra constamment en question et réévaluera régulièrement son image corporelle. Cette situation permet donc de prendre conscience de la perte de contrôle sur les changements corporels et de l'incapacité d'y remédier.

Orientation sexuelle des participants

Pour ce qui est de l'orientation sexuelle des participants, les résultats des analyses multivariées suggèrent que le fait d'être un homme qui se dit d'orientation homosexuelle ou bisexuelle prédit à la fois des attitudes plus favorables face à son image corporelle (échelle globale), une plus grande importance accordée à son apparence dans le quotidien (*appearance orientation*) et une plus grande préoccupation face au poids (*overweight preoccupation*).

Ces résultats peuvent en partie être expliqués par les études décrites dans l'état des connaissances qui soutiennent que les hommes d'orientation homosexuelle vivent une réalité différente des hommes d'orientation hétérosexuelle au plan de l'image corporelle. Toutefois, les études répertoriées s'entendent sur le fait que les hommes d'orientation homosexuelle vivent plus d'insatisfactions face à leur image corporelle que les hommes d'orientation hétérosexuelle (Morrison *et al.*, 2004), ce qui va à l'encontre des résultats obtenus dans la présente étude. Il semblerait donc que les hommes homosexuels et bisexuels de notre échantillon auraient des attitudes plus positives face à leur image corporelle que les hommes hétérosexuels. Ces mêmes hommes sembleraient aussi porter une plus grande attention à leur image corporelle dans le quotidien et seraient plus préoccupés par leur poids. Considérant tous ces éléments, il serait possible de penser que puisque les hommes homosexuels sont plus préoccupés par leur poids, ils font plus attention à leur image corporelle, prennent plus soin de leur corps, ont donc des attitudes plus positives face à celui-ci. Dans ce cas-ci, une des explications plausibles à considérer est que les hommes de l'échantillon d'orientation hétérosexuelle sont aussi en grande partie utilisateurs de drogue par injection. À cet effet, l'usage de drogue par injection pourrait influencer la satisfaction face au corps. La consommation de drogue, en affectant l'état de santé et en modifiant le corps, pourrait

affecter la relation au corps, au poids et aux comportements visant l'amélioration de son apparence.

Tel que mentionné par plusieurs auteurs (Drummond, 2005 ; McCabe et Ricciardelli, 2001 ; Pope *et al.*, 1998), la valorisation des muscles engendre des comportements et des attitudes qui influencent l'emploi de stratégies pour modifier l'apparence physique. À cet effet, peut-être que les hommes de notre échantillon utilisent un éventail plus diversifié de stratégies pour modifier leur apparence corporelle. Ils pourraient par exemple pratiquer plus souvent des activités physiques dans le but d'améliorer leur apparence physique ou porter une attention accrue aux vêtements qui les avantagent physiquement.

Par ailleurs, Drummond (2005) mentionnait dans son article que puisque le sida a longtemps été associé aux hommes d'orientation homosexuelle et que certains émettent toujours cette association, avoir l'air en santé devient un élément primordial en lien avec la possibilité d'une rencontre érotique ou amoureuse future. De s'attarder davantage à son image corporelle, d'en prendre soin dans le quotidien et de surveiller son alimentation et son poids seraient donc des facilitateurs quant aux échanges amoureux ou érotiques ou encore, donneraient confiance dans la rencontre amoureuse ou érotique.

Emploi

Par rapport à l'emploi, seul le facteur *appearance evaluation y est associé*, ce qui signifie que le fait de posséder un emploi prédit une meilleure évaluation de son apparence physique. Pour expliquer ce résultat, on pourrait penser que pour être aptes à travailler, les hommes qui occupent un emploi sont en meilleure forme physiquement. Face à cela, la perception de leur image corporelle pourrait être influencée par leur sentiment de bien-être physique et au plan de la santé. On pourrait aussi croire que ces hommes doivent gérer d'autres problèmes avant même d'avoir à se soucier de leur apparence corporelle, mais aussi qu'ils sont simplement moins à l'affût et portent moins attention à l'image qu'ils projettent aux autres. Ils auraient donc des attitudes plus positives face à leur image corporelle car ils seraient moins préoccupés, à la base, par cet élément.

b) *World Health Organisation's Quality of Life Instrument* (O'Connell et al., 2003)

Tout d'abord, rappelons que le WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) est une échelle qui mesure la perception face à son image corporelle et qui est composée de deux facteurs. Le facteur *physical appearance* mesure la satisfaction face à son apparence physique alors que le facteur *body image and appearance of PLWA* s'attarde davantage à l'image corporelle dans le contexte de la vie quotidienne avec le VIH.

À l'instar de la discussion portant sur les résultats obtenus à l'échelle d'image corporelle de Cash (2000), les résultats obtenus à l'échelle du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003) seront discutés en se basant sur les variables qui prédisent plutôt que sur l'échelle globale et les sous-échelles.

Pour l'échelle globale et les sous-échelles du WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003), les résultats des analyses multivariées sont identiques. Les déterminants directs des perceptions plus positives face à son image corporelle sont un moins grand nombre de parties du corps affectées par la lipodystrophie, le fait de posséder un emploi et avoir un niveau de scolarité inférieur ou égal au diplôme d'études secondaires.

Ampleur de la lipodystrophie

Les résultats obtenus pour l'échelle globale et les sous-échelles rejoignent ceux obtenus dans différentes études empiriques où il est mentionné que l'image corporelle des individus vivant avec le VIH et souffrant de lipodystrophie est plus négative que celle de ceux qui n'en rapportent pas (Collins *et al.*, 2000 ; Gonod et Bungener, 1998; Power *et al.*, 2003). Ainsi, la redistribution anormale des graisses corporelles, qui résulte de la lipodystrophie renvoie l'image d'un corps qui, selon certains hommes, est grotesque et déformé (Collins *et al.*, 2000). En ce sens, la norme socioculturelle, caractérisée par un corps masculin sculpté en « V » et surtout musclé (Pope *et al.*, 1998), ne tient plus. Il serait alors possible de supposer que pour les personnes faisant de la lipodystrophie, la grande valorisation du corps musclé et par extension, masculin, génère de l'anxiété, compte tenu de l'incapacité d'avoir un corps qui reflète la force et le pouvoir (Gillett et White, 1992, cité dans McCabe et Ricciardelli, 2004), d'où la perception moins satisfaisante de leur image corporelle.

Par ailleurs, ces résultats montrent que contrairement à l'âge et à l'orientation sexuelle des participants, l'ampleur de la lipodystrophie est une variable importante à considérer lorsqu'il est question de la perception de son image corporelle. En effet, pour la perception de l'image corporelle selon le WHOQoL-HIV (O'Connell *et al.*, 2003), il semble que les variables âge et orientation sexuelle ne soient pas des déterminants directs. On pourrait d'abord penser que l'âge possède un effet indirect sur l'image corporelle puisque cette variable est associée à l'ampleur de la lipodystrophie qui elle, en retour, est associée à l'image corporelle. En second lieu, quoique la recension des écrits ait pu démontrer que l'image corporelle des hommes est modulée par leur orientation sexuelle, les gais étant plus insatisfaits face à leur image corporelle et ayant plus tendance à adopter des comportements pour modifier leur corps, les résultats sur cette échelle ne font pas ressortir cette différence. Néanmoins, cette échelle s'attarde principalement au vécu des hommes vivant avec le VIH, d'où la nécessité d'une prudence dans l'interprétation des résultats. On pourrait donc penser que cette échelle est davantage sensible au vécu avec le VIH et que, par conséquent, les variations quant à l'âge et à l'orientation sexuelle sont de moindre importance, le VIH occupant une place prépondérante.

Emploi et scolarité

La présence des variables emploi et scolarité, quoiqu'elle puisse surprendre, peut s'expliquer assez aisément. Comme pour le facteur *appearance evaluation* du MBSRQ-AS (Cash, 2000), on présume que les hommes qui sont aptes à travailler sont en meilleure forme physique et par le fait même, que leur sentiment de bien-être teinte positivement la perception de leur image corporelle. Par ailleurs, avec le fait de posséder un emploi, viennent des responsabilités plus nombreuses et on pourrait croire que d'avoir à gérer différents problèmes tend à minimiser l'attention portée au corps et surtout, aux changements corporels.

Pour les hommes dont le niveau de scolarité est inférieur ou égal au secondaire cinq, on pourrait penser que la perception positive de leur image corporelle est en fait causée par un souci moindre quant à cette facette de leur vie. Même si ces derniers rapportent une plus grande ampleur de la lipodystrophie, il semble donc que cette condition affecte leur image corporelle dans une moindre mesure.

6.4 EXPÉRIENCE DE LA LIPODYSTROPHIE ET DE L'INTIMITÉ ROMANTIQUE

Pour favoriser une meilleure compréhension des liens entre la lipodystrophie et l'intimité romantique et pour permettre de nuancer l'importance des variables âge et orientation sexuelle sur l'intimité romantique des hommes de l'échantillon, l'échelle globale et les sous-échelles du PAIR-M (Thériault, 1998) ont fait l'objet d'analyses de régression linéaire multiple en mode hiérarchique. Cette fois encore, puisque les pourcentages de variation expliquée étaient supérieurs en utilisant la variable ampleur de la lipodystrophie, plutôt que la variable dichotomique présence/absence de lipodystrophie, cette première variable a été retenue.

Avant tout, il semble important de rappeler que le PAIR-M (Thériault, 1998) est une échelle qui mesure les capacités individuelles d'intimité avec un(e) partenaire romantique et qui est composée de deux facteurs. Le facteur *crainte de l'intimité romantique en général* mesure la distance, la crainte face à l'intimité romantique en général et le facteur *crainte de l'intimité romantique sexuelle* mesure la distance, la crainte face à l'intimité romantique au plan sexuel.

Ampleur de la lipodystrophie

Suite aux analyses multivariées, les résultats obtenus suggèrent qu'une plus grande ampleur de la lipodystrophie prédit à la fois une plus forte crainte face à l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) et une plus forte crainte face à l'intimité romantique générale. Différentes études peuvent servir à expliquer ces résultats. En premier lieu, certains auteurs s'entendent pour dire que la lipodystrophie affecte les relations avec autrui, peu importe qu'il s'agisse d'un partenaire sexuel éventuel ou d'une simple relation sociale (Collins *et al.*, 2000, Missildine *et al.*, 2006 ; Power *et al.*, 2003). En ce sens, la lipodystrophie pourrait instaurer la crainte d'entrer en relation avec autrui de peur de voir le statut sérologique divulgué par la redistribution anormale des graisses corporelles. Comme mentionné auparavant, cette condition permet à certaines personnes de déduire le statut sérologique de l'homme séropositif et cela pourrait engendrer la peur d'aller vers les autres, donc la peur d'être identifié comme porteur du VIH. Aussi, l'étude de Dukers *et al.* (2001) a su bien démontrer les liens entre une faible image corporelle et une pauvre relation au partenaire. Puisque la

discussion des résultats de notre étude a jusqu'ici permis de démontrer un lien entre une plus grande ampleur de la lipodystrophie et une image corporelle insatisfaisante, les résultats obtenus par Dukers et al. (2001) pourraient laisser penser qu'une plus grande ampleur de cette condition affecterait aussi négativement la relation au partenaire.

Par rapport aux perspectives développementales de l'intimité romantique en lien avec l'ampleur de lipodystrophie comme variable qui prédit, différents auteurs peuvent être pris en considération.

Considérant la théorie ériksonnienne (1959), la capacité d'intimité résulte d'une crise développementale qui a pour base la construction d'une identité claire chez l'adolescent et l'adulte. Une personne dont l'identité est diffuse à l'adolescence sera incapable de former une vraie relation d'intimité en tant que jeune adulte. Par ailleurs, il semble que le sous-développement de l'identité implique soit la fuite des relations interpersonnelles, soit l'absence de véritable abandon de soi lors des actes intimes, soit une pseudo-intimité. Selon l'interprétation qu'a fait Crain (2005) des écrits d'Erikson (1959), un homme préoccupé par sa masculinité ne peut faire un bon amoureux puisqu'il est trop préoccupé par ses performances et qu'il est incapable de s'abandonner à son (sa) partenaire sexuel (le). On pourrait alors penser que chez les hommes souffrant de lipodystrophie, les modifications incontrôlables de leur corps risquent d'ébranler leur identité et, en retour, leur capacité d'intimité. Le fait de présenter cette condition rendrait donc les hommes moins affirmés au niveau identitaire, ce qui entraînerait, chez eux, le risque de se sentir menacés par l'autre dans les relations de proximité, voire dans les relations romantiques. Pour empêcher cette situation, il est possible de supposer que les individus auraient alors tendance à repousser les autres et, si nécessaire, à détruire les liens qui semblent dangereux pour ainsi provoquer leur propre isolement.

À part Erikson (1959), Prager (1995) a proposé différentes hypothèses face au développement individuel de l'intimité. Inspirée par Rotter (1982) et Sullivan (1953), l'auteure stipule que pour augmenter les chances d'avoir des effets bénéfiques sur les individus, les relations intimes doivent concerner ou combler des besoins. Être seul et ne pas combler ses besoins d'intimité et de compagnie (affirmation, séparation, privauté et distance)

de façon suffisamment fréquente, persistante ou gratifiante, engendrerait des effets négatifs sur le développement de l'individu. Bien que les divers stades de la vie réfèrent à différents besoins, différents intérêts et différents éléments de stress, chaque stade possède le potentiel d'ajouter d'autres habiletés, compétences et styles d'ajustement au répertoire de l'individu. Les enseignements de Prager (1995) nous permettent de soulever un questionnement face aux besoins vécus par ces hommes vivant avec le VIH au sein d'une relation romantique. Puisque les hommes qui présentent la lipodystrophie sont plus craintifs que les autres face à l'intimité romantique globale, générale et sexuelle, on pourrait penser que leurs relations ne leur permettent pas de combler certains besoins qui, une fois comblés, pourraient renforcer leur relation intime romantique.

Être en couple

Même si au plan de l'intimité sexuelle, la plupart des études répertoriées révèlent que la lipodystrophie affecte négativement la sphère intime et surtout sexuelle (génitale) des personnes qui présentent cette condition (Collins *et al.*, 2000 ; Dukers *et al.*, 2001 ; Power *et al.*, 2003), les résultats de notre étude n'ont pu appuyer ces éléments. En effet, les analyses multivariées réalisées dans le cadre de cette étude révèlent que la seule variable qui prédit une plus forte crainte de l'intimité romantique sexuelle, mesurée par le PAIR-M (Thériault, 1998) est le fait d'être en couple présentement. On pourrait donc penser que ces hommes sont plus craintifs face à l'intimité romantique sexuelle puisque le fait d'être en couple sous-entend que les partenaires se placent en situation d'intimité sexuelle. Il serait aussi possible de penser que les hommes célibataires sont moins craintifs face à l'intimité romantique sexuelle puisqu'ils se retrouvent plus rarement dans une telle situation. En effet, on pourrait supposer que ces hommes se retrouvent plus fréquemment dans une situation d'intimité sexuelle avec un(e) partenaire qui est davantage occasionnel que romantique, ce qui tend à diminuer la crainte ou l'angoisse.

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Cash *et al.* (2004) révélaient qu'un attachement de type sécuritaire à l'âge adulte était significativement associé à une meilleure satisfaction à l'égard de l'image corporelle et à un moins grand investissement dysfonctionnel dans son apparence physique. Une moins grande satisfaction face à son corps était aussi associée à un

attachement de style apeuré et à un attachement de style anxieux au sein des relations romantiques. Puisque le lien entre une plus grande ampleur de la lipodystrophie et une moins grande satisfaction face à son image corporelle a été démontré dans les analyses des deux échelles d'image corporelle (WHOQoL-HIV, O'Connell *et al.*, 2003 ; MBSRQ-AS, Cash, 2000), un lien indirect pourrait exister entre cette condition et un attachement de style apeuré et anxieux au sein des relations amoureuses, d'où la crainte envers les relations romantiques. Il importe toutefois de rappeler ici que ne connaissant pas, chez les hommes de l'étude, la durée de leur présente relation romantique, le nombre de partenaires romantiques qu'ils ont eus au cours de leur vie, et la durée de leur plus longue relation romantique, il nous est difficile d'élaborer davantage la question du lien entre leur style d'attachement et leur niveau d'intimité romantique.

Emploi

Dans un autre ordre d'idées, il serait possible de penser que le fait de ne pas posséder d'emploi favorise le développement de la crainte envers l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) et envers l'intimité générale, puisque le contact avec autrui est plus limité. En ce sens, la diminution du réseau social accessible pourrait jouer négativement sur les capacités d'entrer en relation avec quelqu'un de significatif.

Orientation sexuelle et âge

En regard de la variable orientation sexuelle, les résultats varient en fonction de l'étape de la régression linéaire multiple en mode hiérarchique. En effet, les résultats obtenus montrent qu'à l'étape deux, celle où la variable est intégrée au modèle, le fait d'être d'orientation sexuelle hétérosexuelle prédit une plus forte crainte de l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) et une plus forte crainte de l'intimité romantique générale. Pour appuyer ces éléments, les résultats obtenus par Missildine *et al.* (2006) montrent que chez les hommes hétérosexuels, la dichotomie entre les partenaires sexuelles (de passage) et celles pour qui les hommes éprouvent des émotions plus profondes leur sert à se protéger de l'anxiété d'être rejetés et du poids émotionnel d'une potentielle relation intime (Missildine *et al.*, 2006). Il est possible de penser que la présence de cette dichotomie puisse être exacerbée

par le VIH et surtout, par le désir de protéger les personnes qui sont importantes pour eux (Missildine *et al.*, 2006). Dans ce contexte, on pourrait supposer que les changements corporels liés à la lipodystrophie renvoient constamment à la maladie et que la conscience de l'état de santé affecté par le VIH, instaure ou nourrit une crainte face à l'intimité romantique. Cette crainte serait encore plus présente lorsqu'il est question d'infecter une personne pour qui l'homme éprouve des sentiments, d'où la prédominance des partenaires sexuels (les) occasionnel (les). Encore ici, il importe de rappeler que nous ne connaissons pas chez les hommes de l'étude, la durée de leur présente relation romantique, le nombre de partenaires romantiques qu'ils ont eu au cours de leur vie, ni la durée de leur plus longue relation romantique, ce qui limite l'interprétation apportée ici. Plus important encore, la présence de l'orientation sexuelle comme variable qui prédit une plus forte crainte de l'intimité romantique globale (générale et sexuelle) et une plus forte crainte de l'intimité romantique générale ne tient plus lorsque les variables sociodémographiques et comportementales sont intégrées à l'étape trois de la régression linéaire multiple en mode hiérarchique. Il serait alors possible de penser que lorsque mise en relation avec d'autres variables, le poids relatif de la variable orientation sexuelle n'est plus assez élevé pour être considéré comme significatif.

Enfin, bien que les liens entre l'intimité romantique et les variables âge et orientation sexuelle aient été appuyés par des études empirique et par des conceptions théoriques développementales, il semble que pour les hommes de notre échantillon, ces deux variables ne prédisent pas la crainte face aux relations romantiques, tant au plan général que sexuel. Dans le contexte du VIH, l'ampleur et la présence de lipodystrophie semblent davantage des variables importantes à considérer face à la crainte de l'intimité romantique. Le rapport à la maladie et surtout le rapport face aux changements corporels apparaissent comme des éléments clés de la distance ou de la crainte générée par le contact intime avec une autre personne.

Maintenant que l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche ont été révisés et discutés, les sections suivantes traiteront des implications pour la recherche et des retombées pour l'intervention sexologique.

6.5 IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

Les résultats obtenus ainsi que la discussion de ces résultats suscitent beaucoup de questionnements. Au plan de la recherche psychosociale relative à la question du VIH, il a été démontré au début de ce mémoire que la lipodystrophie est très peu abordée. Par ailleurs, bien que les résultats obtenus dans la présente étude aient permis de démontrer la place importante occupée par la lipodystrophie en lien avec l'image corporelle et l'intimité romantique, l'état des connaissances ne permet pas d'émettre d'hypothèses sur les effets modérateurs et médiateurs de cette condition. Une telle approche analytique pourrait en effet permettre d'étudier la lipodystrophie en tant que variable modératrice, donc de vérifier en quoi cette condition affecte la direction ou la force du lien entre l'image corporelle et l'intimité romantique. Utilisée comme variable médiatrice, cette approche permettrait aussi d'explorer si l'effet de l'image corporelle sur l'intimité romantique est indirect puisque médié par la lipodystrophie. Il semble donc avoir matière à précision dans le rôle joué par la lipodystrophie et ce type d'analyse pourrait être pris en compte dans le développement d'une éventuelle étude. Plus encore, les études devraient inclure certaines variables auxquelles nous n'avions pas pensé lors de la construction du questionnaire, des variables telles que la durée de la présente relation romantique, le nombre de partenaires romantiques au cours de leur vie, la durée de la plus longue relation romantique et le style d'attachement.

De plus, il s'agit ici d'une étude transversale, ce qui limite grandement la nature développementale des explications avancées. Par conséquent, l'étude des liens entre la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique devrait aussi être effectuée selon une perspective longitudinale. Au-delà de la question des coûts, seule cette approche permettrait de bien saisir la perspective développementale des liens entre la lipodystrophie, l'image corporelle et le développement des capacités d'intimité romantique en permettant d'étudier sur une base régulière, les changements sur ces variables.

Puisque cette étude s'est attardée uniquement aux hommes vivant avec le VIH, il semblerait aussi essentiel d'approfondir le vécu des femmes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie. Pour ces femmes, il serait d'autant plus intéressant et essentiel de contraster l'expérience en lien avec la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique selon

leur origine ethnoculturelle. Dans l'étude actuelle, nous n'avons pu contraster le vécu des hommes selon leur origine ethnoculturelle parce que la proportion d'hommes provenant d'une origine autre que caucasienne était trop faible. Agir ainsi permettrait alors de contraster le vécu des hommes et des femmes sur la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique, tout en tenant compte de l'âge des participant(e)s, de leur orientation sexuelle et de leur origine ethnoculturelle.

Aussi, il semblerait particulièrement important de s'attarder aux liens entre les variables étudiées et l'observance aux ARV. Puisque le lien entre la présence de lipodystrophie et la prise d'ARV est très étroit et que nombreuses sont les études qui avancent que certaines PVVIH vont repousser ultérieurement ou vont refuser de prendre des ARV de peur de faire de la lipodystrophie, il semble primordial d'aller vérifier si la satisfaction face à l'image corporelle et la crainte face à l'intimité romantique influencent l'observance aux ARV chez les personnes qui font de la lipodystrophie. Reste aussi à savoir si les personnes qui sont en couple sont plus observantes face à leur ARV, malgré une satisfaction moindre face à leur image corporelle.

Les liens entre les variables étudiées et l'usage constant du condom devraient aussi être étudiés. Dans ce contexte, il faudrait vérifier dans quelle proportion les personnes qui disent faire de la lipodystrophie ont des relations sexuelles et parmi celles qui en ont, quelle proportion utilisent le condom, quelles sont les raisons qui les poussent ou non à l'utiliser, à savoir si la peur de ne pas pouvoir avoir une relation sexuelle va les inciter à ne pas se protéger ou au contraire, à insister sur l'usage du condom. Les études futures devraient aussi se pencher sur les liens entre la lipodystrophie et l'usage constant du condom avec différents types de partenaires (réguliers, occasionnels, dont le statut sérologique est positif, négatif ou inconnu). Otis *et al.* (2007) avancent aussi que dans le contexte du VIH, la divulgation de son statut sérologique devient involontaire ou inutile car la lipodystrophie induit le dévoilement de son statut sans même que l'individu n'ait à le verbaliser. En ce sens, il serait intéressant d'explorer si le choix d'avoir une relation sexuelle protégée ou non protégée repose davantage sur la présomption que le statut sérologique est divulgué par la lipodystrophie ou par un choix éclairé découlant de la divulgation explicite de la séropositivité d'un (e) des partenaires.

Bien entendu, même si cette étude quantitative vient de s'attarder à la lipodystrophie, à l'image corporelle et à l'intimité romantique, la perspective d'une étude qualitative sur les effets de la lipodystrophie ne doit pas être écartée. Dans un premier temps, une telle étude permettrait de mieux comprendre les interrelations entre la lipodystrophie, l'image corporelle et l'intimité romantique. Bien que de telles études aient déjà été mises en place et que les résultats obtenus sont très intéressants, de nouvelles dimensions émergent de la présente étude et font ressortir différentes variables qui n'ont pas été explorées jusqu'à présent, telle que l'influence des relations de couple, des relations sexuelles, de l'observance aux ARV, de la maternité, de la divulgation de son statut sérologique, de l'origine ethnoculturelle et des stratégies d'ajustement liées à cette condition. Par ailleurs, puisque aucune étude qualitative québécoise ne s'est attardée à cette condition chez les PVVIH, la richesse des résultats obtenus permettrait aussi de mieux saisir le vécu de ces hommes et de ces femmes.

6.6 RETOMBÉES POUR L'INTERVENTION SEXOLOGIQUE

Cette étude possède de nombreuses retombées quant à l'intervention sexologique. En effet, les informations recueillies à l'aide de la présente étude permettent de mieux saisir les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique. Une meilleure compréhension de ces liens permettra à l'ensemble des sexologues (cliniciens, éducateurs et chercheurs) de cibler quelques unes des variables sociodémographiques, comportementales et liées au VIH et aux ARV influençant la relation au corps et la relation à l'autre. Lors des thérapies, des interventions individuelles et des rencontres de groupe, l'ajout de ces nouvelles données permettra de mieux saisir les liens entre la présence de cette condition et certaines difficultés personnelles, conjugales et sexuelles. Les données recueillies permettront aussi aux sexologues d'ancrer les interventions concernant la lipodystrophie sur des sphères beaucoup plus précises de la sexualité, notamment la relation de couple et la relation au corps. Chez cette population, les séances visant l'amélioration de la relation romantique pourront aussi être abordées en discutant de la satisfaction face à l'image corporelle et de la présence ou l'absence de changements corporels liés à la lipodystrophie. Par ailleurs, les sexologues pourront dorénavant s'inspirer de cette étude pour intervenir différemment avec les hommes d'orientation homosexuelle et les

hommes d'orientation hétérosexuelle quant à l'image corporelle et l'intimité romantique. En effet, la présente étude a su apporter quelques nuances au plan de l'orientation sexuelle. Les résultats obtenus ont notamment démontrés que les hommes d'orientation homosexuelle, quoique plus préoccupés par leur poids, adoptent plus de comportements visant à modifier leur apparence physique et ont des attitudes plus positives face à leur image corporelle. Le fait de s'occuper de son corps semblant alors favoriser de meilleures attitudes face à son image, le clinicien pourrait donc promouvoir des comportements sains et de base, visant l'amélioration de l'apparence physique. Au plan de l'âge, l'étude actuelle pourra aussi servir de guide à l'élaboration de plans thérapeutiques adaptés à la fois à la réalité du VIH, de la lipodystrophie et de la perspective développementale de l'image corporelle et de l'intimité. En effet, axer sur les changements corporels typiques avec l'âge pourrait aussi permettre aux individus de se resituer dans le temps et l'espace et de ne pas associer tous les changements de leur corps au VIH. Le vieillissement naturel du corps pourrait alors être abordé dans l'optique des attitudes face aux changements corporels et face au corps.

Chez les médecins ayant à intervenir avec des hommes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie, cette étude offre quelques pistes quant à la formation et à la sensibilisation aux insatisfactions corporelles de leurs patients. Bien que les médecins ne soient pas des intervenants psychosociaux, il semble essentiel de les informer des liens observés entre la présence de lipodystrophie, la satisfaction face à l'image corporelle et l'intimité dans une relation romantique et surtout, des nuances présentes quant à l'ampleur de la lipodystrophie et quant à l'âge des individus. De les aviser de ces liens entre le fait de posséder un emploi et une meilleure appréciation de l'image corporelle et une plus faible crainte de l'intimité romantique pourrait aussi les amener à être plus sensibles à ces questions chez les hommes vivant avec le VIH sans emploi. Acquérir des connaissances sur ces éléments pourrait permettre aux médecins d'adapter leurs interventions et d'être plus à l'affût de l'importance des insatisfactions corporelles et des craintes de voir son corps modifié par les ARV.

Chez les intervenants psychosociaux, cette étude semble très importante pour guider le développement de groupes de soutien et le suivi individuel des personnes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie. En effet, chez ces personnes, l'étude actuelle permet de mieux saisir la relation étroite entre le fait de présenter cette condition, éprouver des insatisfactions

face à son corps et craindre les situations d'intimité romantique. Dans les groupes de soutien et les groupes de discussion, les intervenants devraient donc dorénavant, tenir compte de ces insatisfactions et de ces craintes afin de permettre aux personnes qui les vivent de les exprimer et de réaliser qu'ils ne sont pas seuls à se sentir de la sorte. En partageant leur expérience, les personnes faisant de la lipodystrophie pourront trouver réconfort et écoute auprès d'autres qui vivent la même chose qu'eux. Encore une fois, les nuances au plan de l'orientation sexuelle et de l'âge des individus semblent extrêmement importantes à considérer, tant lors d'interventions individuelles que de groupe.

Cette étude offre aussi des outils pour appuyer la mobilisation des différents groupes communautaires visant le mieux être des personnes vivant avec le VIH et faisant de la lipodystrophie. En effet, les résultats obtenus montrent que les hommes qui rapportent faire de la lipodystrophie sont moins satisfaits face à leur image corporelle et craignent davantage les relations romantiques. L'accès gratuit à des mesures correctives pourrait donc permettre aux hommes présentant cette condition de réduire leur insatisfaction face à leur image corporelle, de diminuer leur anxiété face aux relations d'intimité avec un(e) partenaire romantique et d'ainsi participer à l'amélioration de leur qualité de vie.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude exploratoire a permis de contribuer, en premier lieu, à l'avancement des connaissances sur un phénomène encore peu documenté au Canada et au Québec, soit le phénomène de la lipodystrophie et ses liens avec l'image corporelle et l'intimité romantique. Cette étude a permis, entre autres, d'établir qu'environ 60% des hommes prenant des traitements antirétroviraux rapportent des changements corporels liés à la lipodystrophie et que cette condition est en lien avec de nombreux autres aspects quotidiens de leur vie.

En second lieu, cette étude a permis d'améliorer notre compréhension des liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique chez les hommes vivant avec le VIH et prenant des ARV. À cet effet, la présente étude a permis de démontrer que les hommes faisant de la lipodystrophie sont moins satisfaits de leur image corporelle et sont plus craintifs face à l'intimité romantique que ceux qui ne font pas de lipodystrophie et que cette satisfaction et ces craintes sont aussi en lien avec l'orientation sexuelle et l'âge des individus.

En troisième lieu, cette étude sur les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et la lipodystrophie et l'intimité romantique a permis de suggérer certaines pistes tant pour la recherche, que pour l'intervention et pour la prévention face à la transmission du VIH. De surcroît, ces pistes d'intervention seraient adaptées à la réalité des hommes faisant de la lipodystrophie, notamment en fonction de l'orientation sexuelle et de l'âge des individus.

Au plan des recommandations, il a d'abord été question d'encourager les recherches (1) longitudinales sur les liens entre la lipodystrophie et l'image corporelle et entre la lipodystrophie et l'intimité romantique; (2) portant sur les liens entre ces éléments et l'observance aux traitements antirétroviraux; et (3) sur les liens entre ces éléments et l'usage du condom. Par ailleurs, il a été proposé que les interventions individuelles et de groupe

auprès des PVVIH faisant de la lipodystrophie tiennent compte de la satisfaction face à l'image corporelle et de la crainte face à l'intimité romantique.

Des études plus approfondies sont nécessaires pour améliorer notre compréhension du phénomène de lipodystrophie chez les hommes vivant avec le VIH. De plus, une sensibilisation auprès des médecins et autres professionnels de la santé travaillant avec des personnes présentant cette condition est nécessaire afin d'évaluer adéquatement les besoins en matière de traitements et les insatisfactions face à ceux-ci. Les intervenants des milieux communautaires devraient aussi être conscientisés à cette réalité et à ce que les personnes qui souffrent de lipodystrophie peuvent vivre par rapport à leur corps et à l'intimité romantique. Alors que le VIH en soi engendre de nombreuses conséquences sur le vécu sexuel et amoureux des hommes, la présence de lipodystrophie modifie le rapport au corps et le rapport au partenaire, influençant par le fait même la réalité de la vie quotidienne avec le VIH.

APPENDICE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FEUILLET D'INFORMATION

Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales

But : Cette étude d'une durée de 18 mois vise à mieux comprendre l'évolution du VIH et l'impact des traitements sur la qualité de vie, la santé et la sexualité des personnes qui vivent avec le VIH. De façon plus précise, les objectifs de l'étude sont de décrire chez les personnes infectées au VIH, l'évolution sur une période de 18 mois, de leur état de santé et de bien-être (mesurés par la qualité de vie et par le bilan sérologique, les CD4 et la charge virale), de leurs comportements quant au traitement (observance et maintien) et quant à leurs pratiques sexuelles sécuritaires (usage du condom) et d'identifier les facteurs psychologiques, interpersonnels, sociaux et environnementaux associés à ces variables. Le but explicite de cette étude est d'émettre des recommandations qui permettront l'amélioration et le développement de programmes et services mieux adaptés à la réalité des personnes vivant avec le VIH.

Procédures de l'étude : Un total de 1200 participants infectés par le virus du VIH seront invitées à participer à cette étude. Ces personnes seront recrutées dans les cliniques, mais aussi en milieu communautaire.

Déroulement : Votre participation à cette étude impliquera une rencontre à tous les six mois pour un total de quatre rencontres. Si vous êtes déjà suivi(e) par un médecin, on profitera de votre visite habituelle pour vous rencontrer, si vous le pouvez. Sinon, nous fixerons un rendez-vous avec vous. Nous nous entendrons avec vous, sur les meilleures façons de vous rejoindre, en cas de besoin.

Nous vous demanderons de rencontrer un interviewer (en milieu clinique, en milieu communautaire), sous le couvert de la confidentialité, qui sera toujours le même et qui s'occupera de faire les rappels et le suivi auprès de vous. La rencontre pourrait durer jusqu'à deux heures. On vous posera alors des questions portant sur votre expérience de tous les jours, sur l'impact de la médication sur vos activités (si vous prenez des médicaments), sur vos comportements sexuels, et sur ce que vous pensez de vos traitements et de votre vie sexuelle. On s'intéressera aussi au soutien que vous recevez et à vos façons de vous adapter au VIH et aux traitements. L'interviewer inscrira vos réponses dans un questionnaire dont vous aurez aussi une copie entre les mains. Les données de votre bilan immunitaire ou virologique (CD4 et charge virale), seront recueillies dans le dossier médical par l'infirmière de l'étude. Vous pouvez participer à l'étude même si vous refusez qu'on ait accès aux données de votre bilan immunitaire et virologique. Si vous êtes suivi(e) en milieu communautaire, nous ne recueillerons aucune donnée sur votre bilan immunitaire ou virologique. Aucun test sanguin ne sera fait.

Inconvénients et risques: Le seul inconvénient associé à cette étude est le temps requis pour votre participation, soit une rencontre à chaque six mois au cours des 18 prochains mois. Cette étude ne comporte aucun risque physique pouvant être associé à la participation. Si jamais votre participation à cette étude vous préoccupait ou vous bouleversait, nous pouvons facilement vous donner accès à des ressources locales, qui pourront vous recevoir ou vous écouter.

Avantages et bénéfices: Les avantages associés à la participation sont à l'effet de contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et à l'amélioration des interventions ciblant les personnes vivant avec le VIH. De plus, nous serons en mesure de mieux orienter les recommandations concernant les services à offrir aux personnes infectées par le VIH compte tenu des réalités qu'elles vivent. Nous nous engageons d'ailleurs à livrer très rapidement les résultats aux intervenants et vous serez vous-mêmes régulièrement informé(e) par l'entremise d'un petit bulletin d'information qu'on vous remettra dès votre deuxième visite.

Droits individuels : Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. En tout temps, vous aurez le droit de vous retirer de l'étude, sans préavis et sans que cela nuise à vos relations avec les intervenants ou votre médecin et sans préjudice d'aucune sorte.

Dédommagement: À la fin de l'entrevue, le professionnel de recherche acceptera de répondre à vos questions et il vous remettra un montant de 20,00\$ qui compensera en partie les frais encourus par votre participation (stationnement, déplacement, gardienne, etc.). Il prendra aussi un prochain rendez-vous avec vous.

Modalités prévues en matière de confidentialité

De manière à respecter la confidentialité des informations colligées vous composerez à l'aide de consignes pré-établies, un code qui sera transcrit sur votre questionnaire. Le même code sera fait à chaque visite de manière à ce que l'on regroupe vos questionnaires, sans toutefois avoir accès à votre nom. Si vous êtes suivi(e) en milieu clinique, l'interviewer devra mettre sur une liste, la correspondance entre votre code de recherche et votre numéro de dossier médical. Il sera le seul à avoir cette liste qui sera rangée dans un classeur sous clé dont il aura seul, l'accès. Nous vous rappelons que tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de cette étude seront traités de façon confidentielle. Les chercheurs réalisant ce projet ne publieront aucune information vous concernant de façon individuelle et ne mettront, sous aucune considération, cette information à la disposition de personnes ne faisant pas partie de l'étude. De plus, parce qu'il vous est attribué un numéro de code, votre nom ne figura jamais dans la banque de données. Finalement les données seront conservées pendant une période de 5 ans, puis détruites.

Diffusion des résultats : Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques et seront présentés aux groupes communautaires, dans des colloques pour les intervenants ou dans des congrès scientifiques, sans qu'aucune information ne permette jamais de vous identifier, ni vous, ni l'organisme que vous fréquentez.

Éthique: Cette étude a fait l'objet d'une approbation officielle par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à nous contacter. Veuillez également nous informer de votre retrait, le cas échéant. Vous pouvez nous rejoindre aux numéros suivants:

Coordonnateur du projet : Jean Roy Téléphone: (514) 987-3000 poste 2447

Pour toutes plaintes ou critiques concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec l'Ombudsman de l'Université Laval :

Bureau de l'Ombudsman
Pavillon Alphonse-Desjardins
Université Laval
Québec, (Québec) G1K 7P4
(418) 656-3081

Gaston Godin, Ph.D
Chercheur principal
ou son représentant

Signature

Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales

1. J'ai eu en ma possession un exemplaire du feuillet d'information que j'ai lu et ou dont j'ai pris connaissance préalablement.
2. On m'a expliqué verbalement la nature, le but et les procédures de cette étude.
3. On m'a informé des avantages et du fait qu'il n'y avait pas de risque connu associé à ma participation.
4. Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice
5. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Je comprends que mon nom ne sera jamais diffusé.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant cette étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. On m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je, soussigné (e), accepte de participer à cette étude :

Nom du-de la participant-e : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____

Date : _____

Je vous autorise l'accès aux données de mon bilan sérologique (CD4 et charge virale):

Nom du-de la participant-e : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____

Date : _____

Informations administratives

Le formulaire sera inséré à votre dossier, si vous êtes suivi(e) en milieu clinique, avec une copie au dossier de la recherche ou à votre dossier de recherche, si vous êtes suivi(e) en milieu communautaire. De plus, ce formulaire sera signé en double de manière à ce que vous en ayez une copie dans votre propre dossier.

APPENDICE B

LETTRE D'APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL



Vice-rectorat à la recherche
Comité d'éthique de la recherche

Sainte-Foy, le 24 juillet 2003

Monsieur Gaston Godin
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Comtois
Université Laval

Objet : Projet de recherche intitulé: Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales (2003-199)

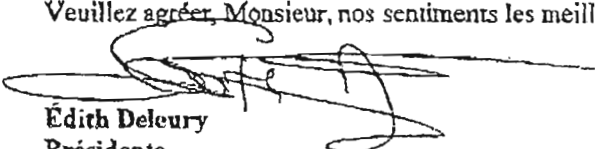
Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval a pris connaissance de votre réponse à sa lettre et à son courriel des 2 et 18 juillet 2003. Le Comité se montre satisfait des précisions apportées sur l'accès au dossier médical des participants et le refus que ceux-ci pourraient exprimer ainsi que des modifications apportées au formulaire de consentement. Par conséquent, le Comité approuve ledit projet pour une période d'un an, soit jusqu'au 1^{er} août 2004.

Le Comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait à une date ultérieure à celle de la présente approbation et qui comporterait des changements dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. De plus, toute complication imprévue et sérieuse concernant un participant inscrit à la présente étude devra être immédiatement rapportée par écrit au Comité d'éthique peu importe si cet événement est survenu dans notre milieu ou ailleurs dans un autre centre. Le chercheur devra y joindre son évaluation personnelle de la situation en précisant si, selon lui, cet événement est relié à l'étude, s'il s'agit d'un risque jusqu'à-là inconnu, si les participants déjà inscrits doivent être informés et si une modification du formulaire de consentement est nécessaire pour les nouveaux sujets.

Le projet devra être réévalué un an à partir de la date d'approbation, le chercheur indiquant brièvement l'évolution et le déroulement de sa recherche, le nombre de participants recrutés et si les perspectives de cette recherche se déroulent tel que prévu.

Veuillez agréer, Monsieur, nos sentiments les meilleurs.



Edith Deleury
Présidente
Comité d'éthique de l'Université Laval

Maison Michael-John-Brophy
Québec (Québec) G1K 7P4
CANADA

(418) 656-2131, poste 4505
Télécopieur : (418) 656-2840
cor@vrr.ulaval.ca
www.ulaval.ca/vrr

Jean et Joanne,

Voici la confirmation du renouvellement du certificat de déontologie pour le projet MAYA.

Bonne journée,

Gaston

```
>X-Sieve: CMU Sieve 2.2
>From: "deontologie@vrr.ulaval.ca" <deontologie@vrr.ulaval.ca>
>To: Gaston.Godin@fsi.ulaval.ca
>Subject: (77754) - DECISION DU COMITE
>X-Mailer: PSP_Mail Version 1.4.5.0065 (c) 2001-2004 by Hit-Media
>      LLC. - licensed to Universite Laval
>Date: Mon, 29 May 2006 19:21:22 +0000
>Reply-to: deontologie@vrr.ulaval.ca
>X-OriginalArrivalTime: 29 May 2006 19:21:21.0636 (UTC)
>FILETIME=[118A1A40:01C68355]
>X-Bayes-Prob: 0.0001 (Score 0)
>X-Spam-Score: 2.10 (**) [Tag at 6.00]
>LW_STOCK_SPAM4,MIME_BASE64_TEXT,SPAM__ARGENT,SUBJ_ALL_CAPS,ULAAVAL_LISTSERV_FROM,26
(0)
>X-Canit-Stats-1D: 35365570 - 98e86fe34b8f
>X-CanItPRO-Stream: admin-fsi
>X-Scanned-By: CanIt (www . roaringpenguin . com) on 132.203.250.191
>
>29 mai 2006
>
>Chercheur responsable : Gaston Godin
>
>Titre du projet de recherche : Étude longitudinale de l'état de santé, de
>la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes
>vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales
>
>Organisme : Instituts de recherche en santé du Canada
>
>Programme : Subventions de fonctionnement
>
>Le Comité d'éthique de la recherche a procédé à l'analyse du projet de
>recherche ci-haut mentionné et vous fait part de la décision rendue :
>
>"certificat accepté" pour la période du 1 octobre 2003 au 1 juillet 2007
>
>Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le soussigné.
>
>Lisette Laforest
>Comité d'éthique de la recherche
>Université Laval
>mailto:cer@vrr.ulaval.ca
```

Gaston Godin, Ph.D.
 Chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé
 (Canada Research Chair on Behaviour and health)
 Pavillon Paul-Comtois, Local 4106
 Université Laval
 Québec (Québec)
 Canada, G1K 7P4

Adresse physique: Pavillon des Services, local 2800

Tel: +1.418.656.2131, p.7900

Fax: +1.418.656.3920

web: <http://www.gip.uqam.ca/exchweb/bin/redirect.asp?>

URL=<http://www.godin.fsi.ulaval.ca/>

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. 2006. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida.
- Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 153p.
- Bartholomew, K. et L.M. Horowitz. Août 1991. « Attachment styles among young adults: a test of a four-category model ». *Journal of personality and social psychology*, vol. 6, no 2, p. 226-244.
- Blanch, J., Rousaud, A., Martinez, E., De Lazzari, E., Milinkovic, A., Peri, J-M., Blanco, J.L., Jaen, J., Navarro, V., Massana, G., et J.M. Gatell. 2004. « Factors associated with severe impact of lipodystrophy on the quality of life of patients infected with HIV- 1 ». *Journal of Clinical Infectious Disease*, vol. 38, p. 1464-1470.
- Bonfanti, P., Gulisano, C., Ricci, E., Timillero, L., Valsecchi, L., Carradori, S., Pusterla, L., Fortuna, P., Miccolis, S., Magnani, C., Gabbuti, A., Parazzini, F., Martinelli, C., Faggion, I., Landonio, S., Quirino, T., Vigevani, G., et groupe CISAI. 2003. « Risk Factors for Lipodystrophy in the CISAI cohort ». *Biomedicine and Pharmacotherapy*, vol. 57, p. 422-427.
- Bordo, S. 1999. *The Male Body : A New Look at Men in Public and in Private*. New York (É.-U.): Farrar, Straus and Giroux, 358p.
- Bureau, J. 1995. « L'intimité et l'identité sexuelle: Une approche existentielle ». *Revue Sexologique*, vol. 3, no 1, p. 2.
- Carr, A. 2000. « HIV Protease inhibitor-related lipodystrophy syndrome ». *Clinical Infectious Disease*, vol. 30, supp. 2, p.S135-S142.
- Carr, A. et M. Law. 2003. « An objective lipodystrophy severity grading scale derived from the lipodystrophy case definition score ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, p.571-576.
- Cash, T.F. 1990. « The Psychology of Physical Appearance: Aesthetics, Attributes, and Images » Chap. in *Body Images: Development, Deviance, and Change*. New York: Guilford Press, p.51-73. New York (É.-U.): Guilford Press.
- Cash, T.F. 2000. *The multidimensional body-self relations questionnaire: user's manual*. 12p.
- Cash, T.F. et E.C. Flemming. 2002. « Body Image and Social Relations ». Chap. in *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, p.277-286. New York (É.-U.): Guilford Press.
- Cash, T.F., Thériault, J. et N. Milkewicz. 2004. « Body Image in an Interpersonal Context: Adult Attachment, Fear of Intimacy, and Social Anxiety ». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 23, no 1, p. 89-103.

- Chen, D., Misra, A. et A. Garg. 2002. « Lipodystrophy in human immunodeficiency virus-infected patients ». *The Journal of Clinical Endocrinology et Metabolism*, vol. 87, no 11, p. 4845-4856.
- Collins, E., Wagner, C., et S. Walmsley. 2000. « Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection ». *AIDS Read*, vol. 10, p.546-551.
- Collins, W.A. et Stroufe, L.A. 1999. «Capacity for intimate relationships : A developmental construction». Chap. In *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*, p.125-147. Cambridge (U.K.): Cambridge University Press.
- Cash, T.F. et E.C. Flemming. 2002. « Body Image and Social Relations ». Chap. in *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, p.277-286. New York (É.-U.): Guilford Press.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L. et Boyle, P. 1990. *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal (Québec) : Les Presses de l'Université de Montréal, 197p.
- Corless, B.I., Nicholas, P.K., McGibbon, C.A. et C. Wilson. 2004. « Weight change, body image, and quality of life in HIV disease: A pilot study ». *Applied Nursing Research*, vol. 17, p. 292-296.
- Crain, W. 2005. *Theories of development: Concepts and Applications*. New Jersey (É.-U.): Pearson Prentice Hall Press.429p.
- Deenan, A.A., Gijs, L. et A.X. Van Naerssen. Août 1994. « Intimacy and sexuality in gay male couples ». *Archive of Sexual Behavior*, vol 23, no 4, p. 421-431.
- Drummond, M.J.N. 2005. « Men's Bodies : Listening to the Voice of Young Gay Men ». *Men and Masculinities*, vol 7, no 3, p. 270-290.
- Dufour A., Alary M., Otis J., Remis R.S., Mâsse B., Turmel B., Vincellette J., Parent R., Lavoie R., LeClerc R. and the OMÉGA Study Group. (2000). «Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the OMÉGA cohort study, Montreal , Quebec , Canada ». *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 345-349.
- Dukers, N.H.T.M., Stolte, I.G., Albrecht, N., Coutinho, R.A., et J.B. de Wit. 2001. « The impact of experiencing lipodystrophy on the sexual behaviour and well-being among HIV-infected homosexual men ». *AIDS*, vol. 15, no 6, p. 812-813.
- Duran, S., Savès, M., Spire, B., Cailleton, V., Sobel, A., Carrieri, P., Salmon, D., Moatti, J.P., Leport, C., et groupe d'étude APROCO. 2001. « Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy; the role of lipodystrophy ». *AIDS*, vol. 15, p. 2441-2444.
- Erikson, E.H. 1959. *Psychological Issues: Identity and the life cycle*. New York (É.-U.): International University Press. 171p.

- Galli, M., Veglia, F., Angarano, G., Santambrogio, S., Meneghini, E., Gritti, F., Cargnel, A., Mazzotta, F., et A Lazzarin. 2003. « Gender differences in antiretroviral drug-related adipose tissue alterations : Women are at higher risk than men and develop particular lipodystrophy patterns ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 34, p. 58-61.
- Gaudreault, M., Otis, J., Alary, M., Lavoie, R., Le CLerc, R., Turmel, B., Vincelette, J., Remis, R., Mâsse, B., Engler, K., Parent, R., et Omega Study Group. 2001. « Understanding the occurrence of risk practices among men who have sex with men (MASM) in the Omega cohort through behavioral change models ». *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 12, suppl. B, p.83b.
- Girard, M. 2004. «La quête de sensations sexuelles et son rôle sur les pratiques sexuelles à risque pour l'infection au virus d'immunodéficience humaine chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes». Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 117p.
- Gonod, N.M. et C. Bungener. 1998. « Paroles de femmes ». *Psychologie*, p.105-106 ; 30-33.
- Hazan, C. et P.-R. Shaver. 1987. « Roman love concept as an attachment process ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, p. 511-524.
- Hosmer, D.W. et S. Lemeshow. 1989. *Applied Logistic Regression*. New York (É.-U.): John Wiley Press, 375p.
- Hsieh, F.Y. 1989. « Sample size table for logistic regression ». *Stat Med*, vol. 8, p.795-802.
- Institut national de santé publique du Québec. 2006. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - cas cumulatifs 2002-2005. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 153p.
- Johnston Roberts, K. et T. Mann. 2000. « Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV infected women ». *AIDS CARE*, vol. 12, p. 377-386.
- Le Breton, D. 1990. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 280p.
- Lerner, R.M. et Jovanovic, J. 1990. « The role of body image in psychosocial development across the life span : developmental contextual perspective». Chap. in *Body Images: Development, Deviance, and Change*. p.110-127. New York (É.-U.): Guilford Press.
- Martini, Cardinal C.-M. 2001. *Simple propos sur le corps*. Versailles : Éditions Saint-Paul. 107p.
- McAdams, D.P. 1980. « A Thematic Code Scheme for Intimacy Motive ». *Journal of Research in Personality*, vol. 14, p. 413-432.
- McCabe, M.P. et L.A. Ricciardelli. 2001. « Body Image and Body Change Techniques Among Young Adolescent Boys ». *European Eating Disorders Review*, vol. 9, no 5, p. 335-347.

- McCabe, M.P., et L.A. Ricciardelli. 2004. « Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature ». *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 56, p. 675-685.
- McKay Parks, P.S. 1997. « Adolescent Male Athletes : Body Image, Diet, and Exercise ». *Adolescence*, vol. 32, no 127, p. 593-603.
- Miller, J., Carr, A., Emery, S., Law, M., Mallal, S., Baker, D., Smith, D., Kaldor, J., et D.A. Cooper. 2003. « HIV lipodystrophy : prevalence, severity and correlates of risk in Australia ». *HIV Medicine*, vol. 4, p. 293-301.
- Missildine, W., Parsons, J.T., et K. Knight. 2006. « Split Ends: Masculinity, Sexuality and Emotional Intimacy Among HIV-positive Heterosexual Men ». *Men and Masculinities*, vol. 8, no 3, p. 309-320.
- Morrison, M.A., Morrison, T.G., et C.-L. Sager. 2004. « Does Body Satisfaction Differ Between Gay Men and Lesbian Women and Heterosexual Men and Women? A Meta-Analytic Review ». *Body Image*, vol. 1, p. 127-138.
- Murray, T.R. 2001. *Recent theories of human development*. Californie (É.-U.): Sage Publications Inc. 309p.
- Skevington, S., Saxena, S., et WHOQoL-HIV Group. 2003. « Preliminary development of the World Health Organisation's Quality of Life HIV Instrument (WHOQoL-HIV): analysis of the pilot version ». *Social Science Medicine*, vol. 57, no 7, p. 1259-1275.
- Otis, J., Flores-Aranda, J., Godin, G., Gélinas, J., Girard, M., Alary, M., Fréchette, M. 2007. « Vivre avec le VIH au Québec, en dehors de la région métropolitaine : spécificités et communautés des expériences des hommes gais et bisexuels sur le plan affectif et sexuel ». Chap. in *Homosexualités variations régionales*. p.39-70. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otis, J., Gaudreault, M., Engler, K., Le Clerc, R., Lavoie, R., Alary, M., Turmel, B., Remis, R., Vincelette, J., Parent, R., Mâsse, B., et Omega Study Group. 2002. « Intentions to practice safer sex and self-justifications for taking risks among men who have affective and sexual relations with other men (MASM) : the importance for relinquishing control ». Conférence Canadian AIDS Health Research (Winnipeg, 25 au 28 avril).
- Pope, H.G. Jr, Olivardia, R., Gruber, A., et J. Borowiecki. 1998. « Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys ». *International Journal of Eating Disorders*, vol. 26, p. 65-72.
- Pope, H.G. Jr, Phillips, K.A., et R. Olivardia. 2000. *The Adonis Complex : The Secret Crisis of Male Body Obsession*. New York : The Free Press, 286p.
- Power, R., Tate, H.L., McGill, S.M., et C. Taylor. 2003. « A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals ». *Sexually Transmitted Infection*, vol. 79, p. 137-141.
- Prager, K.J. 1995. *The Psychology of Intimacy*. New York: Guilford. 367p.

- Pruzinski, T. et T.F. Cash. 1990. « Integrative Themes in Body-image Development, Deviance, and Change » Chap. in *Body Images: Development, Deviance, and Change*. New York: Guilford Press, p.338-348. New York (É.-U.): Guilford Press.
- Rabkin, J.G., Ferrando, S.J., Lin, S.-H., Sewell, M., et M. McElhiney. 2000. « Psychological effects of HAART : A 2-year study ». *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, p. 413-422.
- Reis, H.T. et P. Shaver. 1988. « Intimacy as Interpersonal Process ». In *Handbook of Personal Relationships*, sous la dir. de S.W. Duck, p. 367-389. New York: Wiley.
- Santos, C.P., Felipe, Y.X., Braga, P.E., Ramos, D., Lima, R.O. et A.C. Segurado. 2005. « Self-perception of body changes in persons living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors ». *AIDS*, vol 19, suppl. 4, p.S14-S21.
- Schilder, P. 1970. *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. New York: International Universities Press Inc, 353p.
- Schnarch, D.M. 1991. *Constructing the Sexual Crucible*. New York: W.W. Norton et Company, 636p.
- Smith, K.W., Avis, N.E., Mayer, K.H. et L. Swislow. Août 1997. « Use of the MQoL-HIV with asymptomatic HIV-positive patients ». *Quality of Life Research*, vol 6, no 6, p.550-560.
- Smolak, L. 1993. *Adult development*. New Jersey. (É.-U.): Prentice Hall Press. 552p.
- Smolak, L. 2004. « Body Image in Children and Adolescents : Where Do we Go From Here? ». *Body Image*, vol. 1, p. 15-28.
- Tate, H. et R. George. 2001. « The Effect of Weight Loss on Body Image in HIV-Positive Gay Men ». *AIDS Care*, vol. 13, no 2, p. 163-169.
- Tershakovec, A.M., Frank, I., et D. Rader. 2004. «HIV-related lipodystrophy and related factors». *Atherosclerosis*, vol. 174, p. 1-10.
- Thériault, J. 1998. « Assessing intimacy with the best friend and the sexual partner during adolescence : the PAIR-M inventory (Personal Assessment of Intimacy in Relationship) ». *The Journal of Psychology*, vol. 132, no 5, p. 493-506.
- Thériault, J. 1995. « Réflexion sur la place de l'intimité dans la relation érotique et amoureuse ». *Revue Sexologique*, vol. 3, no 1, p. 59-79.
- Thériault, J. 2001. « L'intimité au fil du temps » Chap. in *Éros au féminin au masculin : nouvelles explorations en sexoanalyse*, p.45-59.
- Tien, P.C. et C. Grunfeld. 2004. « What is HIV-associated lipodystrophy? Defining fat distribution changes in HIV infection ». *Current Opinion in Infectious Disease*, vol. 17, p.27-32.

- Trotta, M.P, Ammassari, A., Cozzi-Lepri. A., Zaccarelli, M., Castelli, M., Narciso, P., Melzi, S., Luca, A.D., Monforte, A.A., et A. Antinori. 2003. « Adherence to highly active antiretroviral therapy is better in patients receiving non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-containing regimens ». *AIDS*, vol. 17, no 7, p.1099-1102.
- Whitbourne, S.K. et K.M. Skultely. 2002. « Body image development : Adulthood and aging ». In *Body image : A handbook of theory, research and clinical practice*, sous la dir. de Thomas F. Cash et Thomas Pruzinski, p.81-90. New York: New London Press.